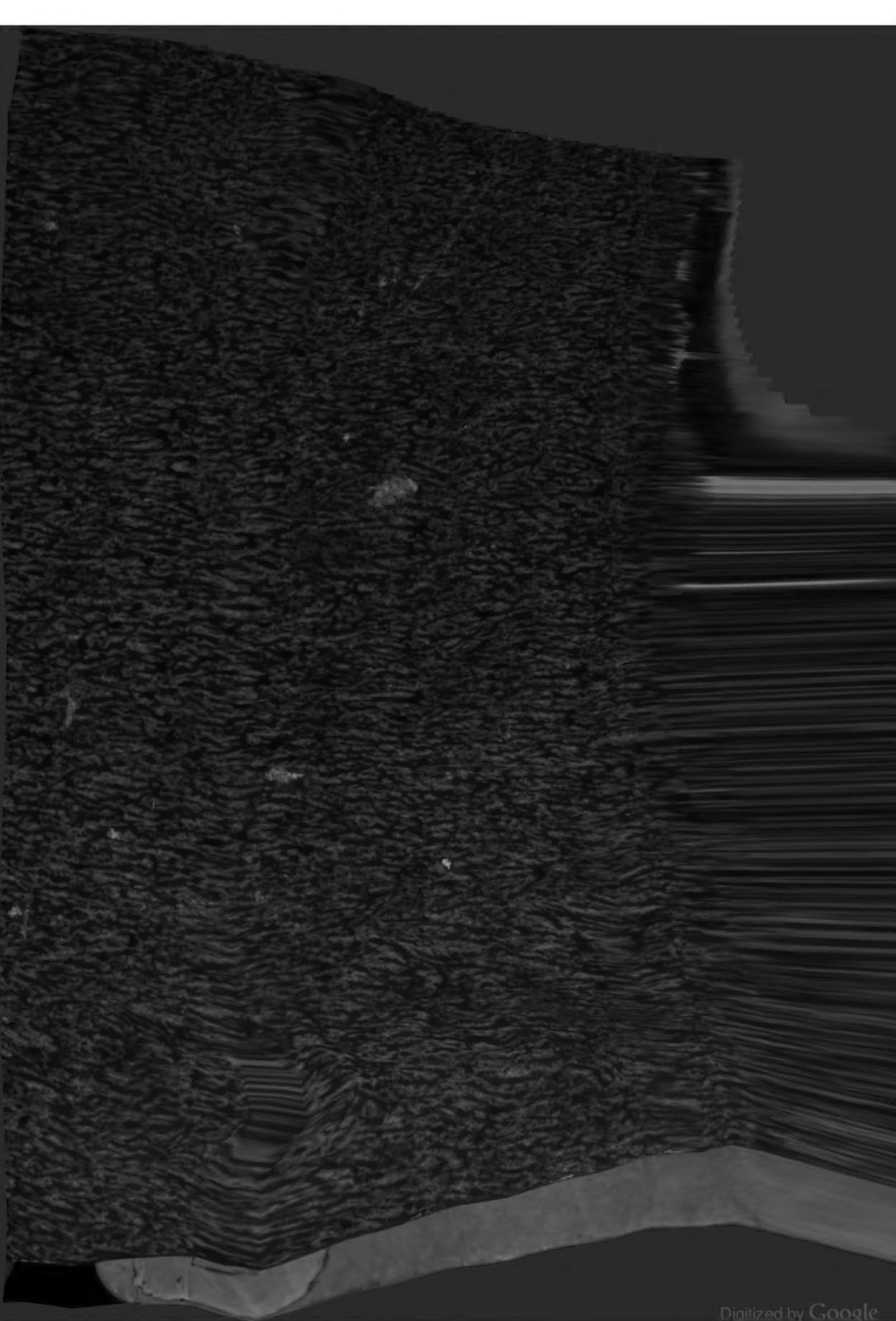
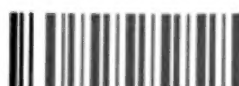


Digitized by Google

J 911 . 340

UNIVERSITEITS



9000

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Digitized by Google

Digitized by Google

L'ABEILLE ET L'OBSERVATEUR MEDICAL

RÉUNIS.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR J.-E. LEQUIME,

DOCTEUR EN MÉDECINE, MÉDECIN DES HOSPICES DE PACHÉCO, DES URSULINES ET DE STE.-GERTRUDE, SECRÉTAIRE DE *LA COMMISSION* MÉDICALE DE LA VILLE DE BRUXELLES, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES, ETC.

TOME PREMIER.

BRUXELLES,
SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,
RUE DE FLANDRE, N° 155.

1840.

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

NOTE

POUR SERVIR A L'HISTOIRE PATHOLOGIQUE DES CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS PAR LES VOIES NATURELLES ET SORTIS A LA PÉRIPHÉRIE DU TRONC ET DES MEMBRES;

Présentée dans la séance du 4 novembre 1839,

Par J.-E. PÉTREQUIN, D. M. P.

Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, correspondant spécial de la Société de médecine de Paris, associé de l'Académie impériale des sciences de Vienne, membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, des Sociétés de médecine de Gand et d'Anvers, etc.

Le champ de la pathologie représente une étendue dont on peut dire que les traités classiques ne donnent point la mesure; aussi n'est-ce pas chose rare pour l'observateur de rencontrer, sur sa route, des points que la culture scientifique ignore, oublie ou néglige. Il est remarquable en effet que la résultante de l'œuvre des travailleurs roule et semble se circonscrire sur un nombre donné d'objets en deçà et au delà desquels le domaine commun de la science attend des fouilles nouvelles. C'est pour combler ces lacunes bien senties que les *mémoires* des corps savants, plus encore peut-être que les feuilles mobiles du journalisme qu'ils alimentent, ont destiné la série de leurs archives à recueillir dans un dépôt fixe les résultats éclairés de l'exploration spéciale de l'art; les *Annales* de la Société de Bruxelles n'ont point failli à cette noble mission.

En 1837, j'ai présenté à cette compagnie savante l'exposé sommaire de mes découvertes sur un point de mon invention que je crois utile, parce qu'il tend à perfectionner l'étude des maladies de tout un grand appareil d'organes; je veux parler de mes expériences sur l'*Auscultation artificielle* ou *Essai d'une méthode nouvelle pour apprendre l'auscultation*, travail qui a eu le privilége d'obtenir l'honneur de l'insertion aux *Annales*. Encouragé par les suffrages de deux Académies (1), je me suis empressé de poursuivre mes recherches pour perfectionner cette méthode nouvelle, en l'appliquant non plus seulement au système pulmonaire, mais aussi à l'appareil cardiaque et vasculaire. Je me propose d'en soumettre plus tard les résultats principaux au jugement éclairé du même tribunal.

Aujourd'hui il ne sera point question d'une découverte; il s'agit seulement d'un point déjà abordé, mais encore neuf peut-être en ce qu'il n'a point été formulé en principes, et qu'il reste oublié dans les livres de chirurgie. C'est une simple note pour servir à l'histoire systématisée des corps étrangers introduits par les voies naturelles et sortis à la périphérie du tronc et des membres. Ces faits curieux et bizarres étonnent par leur étrangeté et méritent l'examen de la science; car je présume que dans l'art de guérir il n'est sujet si minime qui ne soit digne de toute l'attention des observateurs. Je vais chercher à créer sur ce point un essai de doctrine.

§ I.

Que des corps étrangers s'introduisent par le pharynx et après un séjour et des accidents va-

(1) A la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, l'auteur a été nommé membre correspondant en décembre 1837. La Société royale de médecine de Paris, pour le même travail, lui a accordé, en février 1838, le titre distinctif de *correspondant spécial*.

Digitized by Google

riables, viennent, en parcourant tout le canal alimentaire, sortir par l'anus avec les selles, c'est chose assez commune et dont les exemples abondent chez les auteurs. La mort est souvent la suite de leur présence; mais d'autres fois, ils ne déterminent aucun désordre durant leur passage. Ainsi :

Obs. I.— Un homme fit le pari d'avaler successivement plusieurs écus de 5 fr. Le premier et le seul avalé s'arrêta en travers à plus d'un pouce au-dessus du sternum; et le malade arriva à l'Hôtel-Dieu dans un état de suffocation et d'angoisse effrayant. M. Gensoul, en ayant en vain tenté l'extraction avec des pinces courbes, avec un crochet mousse, le poussa dans l'estomac et au bout de deux mois il fut rendu avec les selles, noir et rugueux. Le malade ne le rapporta pas, de peur qu'on ne le gardât.

Obs. II. — Un de mes parents, fait prisonnier en Espagne, fut jeté dans les pontons anglais, où les Français eurent à souffrir la plus horrible misère, endurant la faim et la soif, et toutes sortes de privations. On les faisait jeûner jusqu'à deux à trois jours, puis on leur donnait du pain frais, si bien que sur 5 à 600 prisonniers, 80 périrent en un seul jour. Pour conserver 8 à 10 pièces d'or qu'il avait et pouvoir ainsi subvenir au fur et à mesure à ses plus pressants besoins, il les avalait les unes après les autres, et après un temps variable de cinq à dix jours, il les rendait successivement par les selles. Cette opération fut souvent répétée, autant que dura l'or et toujours sans accident.

Obs. III.—Il est assez ordinaire de voir des paquets de noyaux de cerises, de prunes et d'abricots parcourir impunément le tube intestinal. Ces corps, il est vrai, ne sont pas nuisibles de leur nature; mais il peut en être aussi de même pour ceux qui sont susceptibles de le devenir. J'ai vu une dame qui avait avalé une grosse boucle en cuivre, qu'elle allait coudre à des rideaux. Elle n'en fut point incommodée et finit par le rendre sans douleur avec les selles.

Je ferai remarquer en passant, que tous ces faits contrarient singulièrement l'opinion de tous les physiologistes anciens et modernes qui n'ont jamais manqué de comparer le pylore à un concierge actif qui ne laisse point forcer le passage dont il est censé avoir reçu la garde des mains de la nature; circonstance qui lui a même valu son nom d'origine grecque (πυλη, porte, ωρεειν, garder). Je lis encore dans un des plus récents traités de physiologie, le passage suivant: « Tant que l'aliment n'est pas suffisamment chymifié, il est retenu par le pylore, qui, *sentinelle vigilante*, se contracte sur lui et ne » s'ouvre que pour laisser passer le chyme le » plus parfait; et si, au milieu de ce chyme, » il se présente une substance non digérée, elle » est seule retenue et repoussée. Pour exercer » cette fonction, cette valvule est douée d'un » mode de sensation spéciale qui l'avertit des » qualités des aliments, et provoque la contrac» tion des fibres musculeuses qu'elle contient » dans son épaisseur. Cette action élective ne » peut plus laisser de doute, etc. » (Brachet, *Physiologie*, 1836; Encyclopédie des sciences médicales, t. 5, p. 214.)

Il faudra bien admettre que le pylore ne remplit pas toujours exactement son office de portier; et de cet oubli il résulte parfois des lésions chroniques de l'appareil intestinal, qui peuvent entraîner la mort.

Jusqu'ici néanmoins nous ne trouvons que des phénomènes explicables par l'ordre naturel des fonctions de l'économie; mais que des corps étrangers, introduits par le pharynx, soient sortis par les bras, par le dos, par le thorax et l'abdomen, par l'urèthre, par le pli de l'aine, par les membres inférieurs, voilà des faits qu'on ne saurait d'abord concevoir ni admettre, et qui cependant sont constatés par tant d'autorités qu'on ne peut plus raisonnablement les révoquer en doute. Je vais citer quelques nouvelles observations.

Obs. IV. — Il s'agit d'une dame d'environ 46 ans, que j'ai eu occasion de voir avec M. Duchesne de Givors, vers le mois d'août 1834, elle avale par mégarde une aiguille fine qu'elle tenait à la bouche. Aucune douleur n'en suivit la déglutition, aucun malaise, aucun désordre dans les fonctions ne se développa plus tard, si bien que la malade ne s'en inquiéta point, et qu'elle n'y songeait déjà plus, lorsque, en novembre, trois mois et demi après, elle éprouva tout à coup une vive piqûre vers le milieu du bras gauche, au-dessous et en dehors de l'attache du deltoïde. La pression augmentait la douleur; on y sentait un corps dur, peu mobile, de la grosseur d'un fil de fer, et faisant l'effet d'un tendon rompu, de sorte que cette dame croyait avoir quelque chose de cassé dans le bras, d'autant mieux que cela s'accordait, dit-elle, avec la nature de ses douleurs. Quatre jours après, la peau commença à y jaunir dans la largeur d'un écu de 3 livres; le bras y enfla; elle crut qu'il allait s'y former un dépôt, mais il n'en fut rien. Les douleurs devinrent assez vives; elles augmentaient

Digitized by Google

par le moindre mouvement, ce qui obligea la malade de tenir le bras en écharpe. Ces symptômes disparurent grâce au repos et à des applications émollientes; et au bout de douze jours quand elle recommençait à agir, elle éprouva tout à coup, dans un mouvement étendu du bras, une piqûre aussi vive que la première fois, et aperçut, en se déshabillant, une petite pointe effilée qui faisait saillie à travers la peau : l'aiguille était obliquement située, et un peu en travers, et semblait vouloir changer de direction : la pointe était tournée en dehors, et paraissait avoir marché la première. Elle l'arracha elle-même et sans douleur, elle était brune, semblable à de l'acier brûlé, et non courbée; elle n'avait plus de tête, mais on ne pût savoir si elle était déjà cassée auparavant. Depuis lors elle n'éprouva plus aucun malaise de ce côté. Mais trois jours après, elle prit la jaunisse. Il faut dire qu'elle était en proie à divers chagrins domestiques, lesquels ont sans doute seuls eu part à la production de l'ictère.

Obs. V. — Un enfant, en jouant, avale une *épingle*; durant deux ans aucun phénomène morbide ne se manifeste. A cette époque, des douleurs aiguës surviennent aux lombes; une inflammation s'y développe Le petit malade souffrait cruellement, et son état empirait quand on vint à soupçonner la présence du corps étranger. M. Rougier y pratiqua une incision, et parvint à extraire l'épingle, qui avait changé d'aspect et s'était un peu encroûtée de verdet.

Obs. VI. — A ces deux faits récents, j'ajouterai le suivant, plus ancien de quelques années. Une jeune dame en brodant, avale par mégarde son aiguille; après un temps qu'on ne pût fixer, de vives douleurs survinrent au sein droit; la malade avait complétement oublié l'accident; on ne savait à quoi les attribuer : aucune cause apparente n'en rendait compte. Cependant elle souffrait beaucoup; l'inflammation s'empara de la peau au-dessus du sein; on y fit une incision, à travers laquelle on fut fort surpris de voir sortir une aiguille. Dès ce moment la jeune dame fut soulagée.

Il est digne de remarque que les feuilles périodiques de la littérature médicale se taisent en général sur ce genre de faits; et l'on peut dire que depuis les travaux de l'ancienne Académie de chirurgie aucun travail d'ensemble n'a été entrepris sur cette matière; ce qui m'a engagé à rappeler l'attention des hommes de l'art sur ce point par l'essai que je présente.

§ II.

De ces observations qui ne semblent que curieuses au premier abord, il s'agit maintenant, pour les rendre utiles, de tirer quelques données pour le diagnostic et le traitement. « Cette matière, dit Hévin dans un volumineux mais intéressant mémoire inséré au 1er vol. de ceux de l'Académie de chirurgie (édit. in-4°, pag. 444, Paris, 1761), cette matière n'est pas du genre de celles qui peuvent être réduites à des principes dont le seul développement puisse fournir une théorie capable de nous conduire dans la pratique. »

Les auteurs suivants ne l'ont guère fait que pour le traitement. Je vais essayer d'émettre quelques réflexions à ce sujet.

Et d'abord quant au diagnostic, les détails précédents doivent déjà donner l'éveil. Les considérations suivantes sur le mode de progression de ces petits corps étrangers sur leur direction, sur les lois qui les entraînent, sur la durée de leur séjour, et sur les phénomènes morbides qui se développent à leur apparition, pourront éclairer leur histoire.

1° Relativement à leur mode de progression, voici ce qui m'en semble : ils s'engagent obliquement dans le canal alimentaire, y restent fichés, et y déterminent une ulcération circulaire qui les rend libres; alors quelquefois ils retombent et suivent les parois du tube digestif; mais s'ils sont plus avant engagés, ils les percent et s'avancent plus profondément. Une fois dans les muscles les contractions des fibres les poussent, et, précédés de l'usure ou du décollement des parties placées au devant d'eux, ils prennent leur voie à travers nos tissus, et cheminent au sein des faisceaux musculaires, en suivant leur direction, jusqu'à ce que trouvant un point d'appui pour une de leurs extrémités, ils piquent alors obliquement et tendent à s'éloigner de l'axe du muscle ou du membre, ou jusqu'à ce que dans un mouvement brusque, ils se trouvent engagés dans une autre route et forcés de changer de direction. On peut se faire une idée approximative de cette manière de progresser, par celle d'un épi qu'on introduit dans sa manche, et qui par les mouvements du bras, monte ou descend selon la direction de ses arêtes.

2° La ligne qu'ils suivent dans leur marche, vient encore confirmer mon opinion : je veux dire qu'ils cheminent selon l'axe et par les contractions des muscles. Le fait suivant analogue à ma VIe observation, en est une preuve évidente :

Digitized by Google

« Une demoiselle avale une épingle; le lendemain Petit la sentit, sans pouvoir l'extraire, au-dessous du cartilage thyroïde. Un an après il la trouva vers l'articulation sterno-claviculaire; puis elle se dévia, se plaça en travers, et trois mois plus tard elle était en devant du moignon de l'épaule d'où il la retira par une incision. » Il est clair qu'elle suivit (1) les fibres musculaires du cou puis du pectoral.

Tous les auteurs ont remarqué que ces corps respectent d'ordinaire les nerfs, les veines et les artères, je crois que cela arrive, tant que leurs extrémités sont mobiles et sans appui qui les fixe. Ledran fils, en faisant une saignée du bras, trouva un épingle qu'on n'avait pas soupçonnée, accolée à la veine qui n'en était pas lésée (Hévin, *Acad. chir.*, p. 551). Mais quand ils deviennent immobiles, il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Par exemple, pour les artères : M. Dumoustier a vu un fragment d'os déterminer l'érosion de la carotide; MM. Laurencin et Dubreuil de petits os celle de l'aorte, M. Bernast celle de l'artère pulmonaire, etc., et tous ces accidents ont été mortels (Bégin, *Dict.* en 15 vol., t. 5, Corps étrangers).

3° Ces corps dans leur progression obéissent aux lois de la pesanteur, c'est-à-dire qu'ils descendent au-dessous du point où ils s'engagent. A cette catégorie appartient le fait confirmatif recueilli par M. Piazza en 1834, et où l'on voit une aiguille descendre manifestement le long de la cuisse (*Bulletin thérapeutique*, t. x, p. 385).

Les seules observations à ma connaissance sur plus de cent, qui sembleraient contredire d'abord cette règle, sont celles de Rejes qui retira une aiguille derrière le lobule de l'oreille, et de Verduc qui en arracha une un peu au-dessous; mais ces deux points ne sont qu'au niveau des amygdales. Je ne tairai point qu'un journal étranger (*Bervick Warder*) a publié un cas en apparence réfractaire à la loi que je pose ; mais les circonstances, trop vagues, manquent de cette authenticité que demande la démonstration scientifique (*Gazette médicale*, 20 août 1836).

J'ajoute que ces corps marchent également par la tête et par la pointe, quoique Hévin ait dit que leur extrémité la plus chargée de matière est ordinairement entraînée la première. S'il n'en était pas ainsi, et qu'elles n'eussent qu'un mode uniforme pour cheminer, elles devraient parfois sortir par la tête, quand elles s'engagent autrement. Car si ces corps sont précédés par l'usure ou le décollement, ils sont toujours suivis de la cicatrisation des parties, ce qui ne leur permet pas de reculer. Les points par où ils sortent le plus ordinairement sont le cou, les parois abdominales et le pli de l'aine; je rappellerai à ce sujet l'observation curieuse recueillie en 1834 par M. Accassat, relative à un épi de seigle qui se fit jour de l'estomac vers la peau de l'épigastre chez un enfant de 3 mois (*Bulletin thérapeutique*, tome VII, p. 306). Arnaud et Saviard ont trouvé des corps étrangers dans les testicules qui en étaient devenus cancéreux; Mœinichen et Rodericus à Castro en ont vu descendre jusqu'à la jambe. J.-L. Petit en a rencontré un à l'orteil médian du pied droit; je crois qu'il a tort de penser qu'il serait remonté s'il ne l'eût extrait. M. Arnaud a rapporté plusieurs cas de corps étrangers qui après avoir été avalés se sont fait jour à travers la peau, entre autres celui d'une aiguille qui s'étant engagée dans le pharynx, occasionna les symptômes les plus singuliers et sortit longtemps après par un abcès à l'ombilic. Une observation non moins remarquable a été recueillie par M. Desgranges de Lyon sur un vieillard qui ayant avalé une arête de brochet, longue de 18 lignes, vit bientôt paraître à l'ombilic une tumeur dont on fut loin de soupçonner la nature. Elle s'abcéda après plusieurs années, et l'arête sortit avec le pus qui s'était formé. (Richard de la Prade, *Compt. rend. des trav. de la Soc. de méd. de Lyon*, 1821, pag. 62.)

4° La durée de leur séjour est très-variable. Boyle (*Rép. des lett.*, oct. 1683) rapporte l'histoire d'une demoiselle de 18 ans, qui avala plusieurs épingles : en moins d'un mois les unes sortirent par l'anus, et les autres par les parois abdominales; elle tomba dans le marasme et en mourut. M. Silvy de Grenoble cite (*Mém. Soc. méd. ém.*, t. v) un cas analogue, c'est celui d'une fille chlorotique qu'une manie bizarre portait à avaler des aiguilles et des épingles, et qu'il vit mourir, ayant tous les tissus pénétrés et criblés de ces corps. — La durée de ce séjour est de 3 mois et demi dans ma IV^e observation et de 2 ans dans la V^e. Boiricchins en rapporte une semblable à cette dernière, c'est celle d'un homme chez qui, à diverses reprises, il eut à extraire des os de poisson dans la région lom-

(1) Du même genre est l'observation recueillie en 1835, par M. Miquel sur un employé supérieur du ministère des finances, relative à une aiguille qui cheminait du haut en bas dans la cuisse droite, et qui ne s'était certainement pas introduite par la peau, mais avait dû être avalée. (*Bulletin de thérapeutique*, t. 8, p. 351.)

Digitized by Google

baire, mais il ne note pas après combien de temps (Hévin, *Ac. ch.*, p. 366) cette durée peut s'étendre à 4 ou 5 ans et même plus.

Obs. VII. — Un hussard, dans les campagnes d'Italie, reçoit un coup de feu au-dessus de la fesse; la balle restée dans les muscles mit 10 ans à descendre jusqu'à la tête du péroné où elle se fixa et d'où elle fut extraite. Elle n'empêcha pas le malade de marcher durant tout ce temps; aujourd'hui l'articulation ne s'en ressent plus, et est parfaitement libre.

Ce cas a une analogie frappante avec le fait remarquable recueilli par M. Galiay en 1808, où un biscayen chemina pendant 11 mois le long du membre abdominal depuis la fesse jusqu'au mollet et sans accident autre qu'un phlegmon au point de sa sortie (*Bull. thérap.*, tom. xi, pag. 229).

MM. Roche et Sanson ont vu un sabot de cochon rendu par les selles 20 ans après avoir été avalé. (*Path. méd. ch.*, 1re édit., t. iv, corps étr. estomac.) Nous verrons encore plus loin combien cette durée varie.

5° Quant aux accidents qui annoncent leur présence, il y a une remarque à faire : c'est que les os de poisson qui sont les corps qu'on est le plus exposé à avaler, sont aussi ceux qui déterminent le plus souvent des abcès; les épingles et les aiguilles, sans doute comme plus tenues et plus acérées, sont moins sujettes à faire abcéder les parties en contact avec elles, ce qui du reste est d'accord avec les observations précitées : « Les épingles et les aiguilles, dit Hévin (*ib.*, p. 465) paraissent moins dangereuses que les fragments d'os. »

Leur présence est souvent innocente et je signalerai en passant le parti qu'on peut tirer en thérapeutique de cette remarque pour oblitérer les varices et le sac des hernies par la ponction des épingles à demeure.

Lorsque l'acupuncture était en vogue dans la science, il est plus d'une fois arrivé que des aiguilles se sont perdues pendant les manœuvres dans le tissu de nos organes, sans entraîner d'accidents. Ainsi M. Berlioz cite une fille, atteinte de gastralgie, qui s'introduisit profondément dans l'épigastre une aiguille qui chemina à gauche avec quelque douleur d'abord, et finit par n'avoir d'autre effet que la guérison de la malade. M. le docteur Dantu dit avoir vu trois fois des accidents analogues sans qu'il en soit arrivé rien de fâcheux (*Dict.* en xxv vol., 1832, tom. i, pag. 532).

Lorsque ces corps étrangers arrivent vers la face interne de la peau, une chaleur anormale, une tumeur rouge, circonscrite, douloureuse, à peu près analogue à celle qui forme le furoncle, annoncent ordinairement leur présence sous cette membrane, dont le tissu résistant et sensible ne se laisse pas aussi facilement traverser. Parfois la tumeur s'abcède et cela d'autant plus promptement qu'elle s'est développée avec plus d'énergie, et donne issue, spontanément ou avec le secours de l'art, au corps étranger qu'elle recèle. D'autres fois, après avoir cheminé sans douleur dans l'intérieur de nos membres ces corps sortent aussi sans douleur; et alors, dit Bégin (*Dict.* en xv vol., t. 5, 1830), leur extrémité apparaît au dehors sans inflammation préalable, et peut être retirée avec les doigts, ce qui a lieu pour les corps très-minces et très-acérés.

Ceci nous fera apercevoir comment il se peut faire que ces corps parcourent impunément les tissus de nos organes. Un fait d'ailleurs capable sinon de l'expliquer du moins de le faire comprendre, ce sont les tours des jongleurs qui se traversent les mains et les bras avec des fils métalliques ténus et acérés; et je me rappelle qu'au collége plusieurs de mes camarades se faisaient un jeu de se transpercer avec des aiguilles le nez et l'épaisseur des joues. Les phénomènes de l'acupuncture qu'il a été de mode de pratiquer en médecine pendant quelque temps, viennent éclairer ce point en confirmant l'innocuité de cette manœuvre dans la généralité des cas (J. Cloquet et Dantu de Vanus. 1826, *Traité de l'acupuncture*).

Un mode d'expulsion fort extraordinaire, et si bizarre qu'en le rapportant, Hévin craint de paraître trop crédule, c'est leur sortie par l'urèthre. Benedictus dit avoir vu une fille qui rendit ainsi après 10 mois et sans accident une épingle à cheveux, et J. C. Claudinus un enfant de 7 ans qui pissa une aiguille qu'il avait avalée 5 ans auparavant. Il y a plus : Diemerbroeck raconte que sa femme ayant avalé une épingle la rendit *sans accident 3 jours après* dans ses urines, et Langins qu'une fille rejeta aussi par l'urèthre 5 *aiguilles, 3 jours après leur entrée.* Plus de dix auteurs rapportent des faits semblables. Le docteur Wolff raconte une observation analogue, au moins aussi extraordinaire : en décembre 1833 un individu complétement paralysé par une affection de la moelle épinière, rendit en urinant une grande quantité de larves de mouches vivantes, et cela sans qu'il put y avoir supercherie. Quarante-huit heures après, à l'autopsie, la vessie fut trouvée saine, sans abcès, sans trajet fistuleux; rien n'expliqua ce phénomène.

Digitized by Google

Schrader et Bremser ont décrit fort au long des cas analogues (*Journ. des conn. méd.-chirurg.*, août 1834).

On a cherché à expliquer la route qu'ils suivent. J.-C. Claudinus pensait qu'en perçant l'iléon ils passent directement dans la vessie; Plater et Bortholin en ont vu traverser du rectum dans cet organe. Du reste il n'y a rien de constant à cet égard néanmoins la science est faite sur ce point. Il n'est nullement besoin pour expliquer leur sortie si étrange de leur créer des voies particulières, ni de les faire voyager à travers le système circulatoire. Il est reconnu que le passage de ces divers corps d'un viscère dans l'autre se fait d'après des principes fixes, c'est-à-dire par l'ulcération et la déchirure d'une portion des voies naturelles où ils se sont engagés, et qui communiquent d'une manière quelconque soit avec l'extérieur soit avec un autre organe. C'est ainsi que M. Velpeau a trouvé un calcul gros comme une petite noix, ayant une épingle pour noyau, par suite d'une communication entre le colon ascendant et l'urèthre perforé. (*voyez Dict.* en XXV vol., 1832, t. I, p. 206.)

§ III.

Ces considérations que j'ai classées méthodiquement pour éclairer le diagnostic, nous conduisent naturellement à l'histoire du traitement, celui qui regarde l'extraction de ces corps ayant trait plus directement à l'esprit de mon mémoire, je m'en occuperai d'abord.

1° Les auteurs varient sur les indications à remplir dans ce cas. « Autant il est utile, dit » Bégin, (*Dict.* en XV vol., tom. 5) d'extraire » sans retard les corps étrangers qui compli- » quent les plaies récentes, autant on doit être » réservé pour l'exécution des opérations que » *nécessitent* la découverte et la sortie de ces » corps, lorsqu'ils séjournent depuis longtemps » dans les tissus. On doit les abandonner toutes » les fois qu'ils n'occasionnent ni douleur forte, » ni gêne considérable dans les fonctions, ni » difformité évidente dans l'aspect des organes. » Il me semble que c'est être par trop temporiseur, surtout si l'on songe aux accidents que j'ai signalés, et je crois que Hévin donne un précepte plus sage : « Il convient, dit-il (4me art., p. 551), de leur ouvrir un passage aussitôt qu'on peut les sentir vers la peau, de crainte qu'ils ne se portent vers quelques viscères et n'y causent de graves désordres. » L'extraction est donc alors l'indication la plus pressante, et la conduite la plus sage. Les considérations que j'ai émises (chap. § II) appliquées à l'étude de la direction des muscles et de leur physiologie, pourront utilement servir de guides.

2° Mais pour éviter tous ces accidents ultérieurs, il sera urgent de tâcher par tous les secours de l'art de les prévenir aussitôt que ces corps viendront à être avalés. Je vais indiquer les principaux moyens que je ne ferai qu'esquisser.

I. Les doigts suffisent quelquefois. De la Motte a réussi à extraire plusieurs fois ainsi des fragments d'os (*Chir. compl.*).

II. Autrement il faut avoir recours aux pinces. S. Cooper (art. *œsophage*) recommande celles de Weiss du Strand dont se sert Astley Cooper. A leur défaut on emploie les pinces à polypes. C'est le moyen le plus usité.

III. Quand les corps ont assez de prise le crochet mousse peut être avantageux. Perratin de la Flèche, Rivière et Petit de Nevers se servaient d'un fil de fer recourbé : plusieurs accidents en ont suivi l'emploi. Etedman de Kinron imagina un crochet boutonné, et Fabrice de Hilden un crochet mousse et plat. C'est, je crois, le seul en usage.

IV. J.-L. Petit inventa une tige flexible terminée par une petite anse, tige à laquelle il ajouta ensuite plusieurs anneaux mobiles en tout sens, où pussent s'engager les corps étrangers à extraire.

V. De la Haye s'est servi avec succès d'un instrument analogue pour retirer des aiguilles et des os de poisson, c'est d'un stylet flexible dont il garnissait l'œil de plusieurs lacs et anneaux de filasse. Maréchal a réussi une fois avec une simple anse de baleine flexible.

VI. On sent combien ces moyens sont infidèles. S. Cooper recommande la sonde en gomme élastique comme plus facile à introduire et à retirer (*Dict. de chir. pratiq.*).

VII. Un instrument meilleur c'est l'éponge qu'on adapte à une tige flexible. Hévin donne un moyen qui rend ce procédé plus sûr et plus efficace; c'est l'addition d'un petit étui de soie qui sert d'enveloppe, qu'on retire ensuite avec un fil, et qui laisse alors se déployer l'éponge. « Il peut encore avoir un autre avantage, dit » très-bien Hévin (pag. 485), surtout s'il s'agit » de petits corps, comme d'épingles ou d'ai- » guilles qui piquent les parois de l'œsophage : » car le mouvement qu'on lui fera faire pour » le retirer, peut dégager ou arracher ces corps

Digitized by Google

» et les faire tomber sur l'éponge qui les en-» traine ensuite en remontant. » Mais, il me semble que l'éponge peut avoir aussi quelquefois l'inconvénient de les enfoncer encore davantage et de déchirer les parois œsophagiennes.

VIII. Des auteurs ont parlé de succès obtenus d'un coup de poing dans le dos. Le même auteur cite le cas suivant : une jeune fille avale une grosse épingle qui s'arrête au-dessous du pharynx; sa mère lui donne un grand coup dans les épaules; la fille tousse et crache l'épingle.

IX. Restent divers moyens accessoires, Fabrice de Hilden conseille les sternutatoires, d'autres chatouillent la luette pour produire une espèce de vomiturition. On a eu recours aux vomitifs directs quand l'œsophage n'est pas trop obstrué, indirects dans le cas contraire. Magniot, et dernièrement M. Blaux ont réussi avec un lavement de tabac qui fit vomir et provoquer le rejet du corps étranger. Sanson rapporte que Kohler et Knoff ont eu recours avec succès à l'injection du tartre stibié dans une veine du bras, pour des cas d'un danger imminent et avec impossibilité de la déglutition. — « Ce moyen, » ajoute avec raison M. Bégin, indiqué par les » expériences de Magendie, n'est pas exempt de » danger s'il est vrai que des animaux qu'on y » soumet y succombent quelquefois (tom. 5, » pag. 518). Il vaudrait donc mieux l'introduire » par le rectum.

3° Alors qu'on n'a pu extraire le corps étranger dont la présence va devenir funeste, il ne reste plus (mais on ne doit, vu les accidents possibles, recourir à ce moyen qu'à la dernière extrémité) qu'à l'enfoncer soit avec un cathéter soit avec une baleine garnie d'éponge, soit avec la sonde de l'estomac; on peut faciliter la chute et le passage des corps en donnant des boissons mucilagineuses, des loochs, des potions huileuses, etc.

4° Enfin, quand on n'a pu ni les extraire ni les enfoncer, et que leur présence fait craindre pour la vie, il n'y a plus d'espoir que dans des opérations qu'il n'est pas de mon sujet de décrire. Je dirai seulement qu'elles ne sont pas toujours aussi dangereuses qu'on le croit; par exemple, l'œsophagotomie a été pratiquée trois fois avec succès et vient d'être beaucoup simplifiée par l'instrument que Vacca Berlinghieri a imaginé en 1820 et qu'il nomme *ectopœsophage*. Quant à la gastrotomie, elle a été heureusement faite par M. Bouchet de Lyon, pour extraire de l'estomac une cuiller d'argent. Mais, est-il besoin d'ajouter qu'on ne saurait être trop circonspect dans l'examen des signes diagnostiques, quand il s'agit de se décider à des manœuvres opératoires d'une telle gravité? Il me suffit d'avoir esquissé les principales indications à remplir.

Je m'estimerai heureux si les considérations que j'ai émises dans ce travail peuvent éclairer ce qui concerne le diagnostic et la thérapeutique des corps étrangers touchant leur mode de progression, leur ligne de direction, leur marche descensionnelle, la durée de leur séjour, les signes précurseurs de leur issue, etc.; et si mes recherches et mes observations viennent ajouter des documents utiles à l'histoire encore incomplète des corps étrangers introduits par les voies naturelles et sortis à la périphérie du tronc et des membres.

CALCUL VÉSICAL ÉNORME,

CYSTOTOMIE ÉPIPUBIENNE, MORT, AUTOPSIE, ABCÈS DE L'ABDOMEN.

Observation recueillie par M. CANZIUS, interne à l'hôpital S^t-Jean.

Jérôme Beelaerts, portefaix, âgé de 39 ans, né et demeurant à Bruxelles, rue de Flandre, n° 129; père de six enfants, entre le 16 janvier 1837, à l'hôpital St-Jean.

C'est un homme maigre, d'une stature élevée, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'un caractère morose. Dès l'âge de 12 ans, il s'aperçut que ses urines déposaient un sédiment abondant et une grande quantité de matières glaireuses, et il fut tourmenté par un besoin fréquent d'uriner.

Cependant sa santé fut toujours excellente; il se maria, il eut plusieurs enfants, et les incommodités de son mal ne l'empêchèrent point de continuer son rude métier, jusqu'à environ cinq mois avant l'époque à laquelle il vint réclamer notre assistance. Alors il ressentait de la douleur au moment de la défécation, le besoin d'uriner se faisait aussi bien plus fréquemment sentir.

Depuis quelques semaines les douleurs sont devenues de plus en plus vives et accompagnées d'insomnie; mais si un sommeil réparateur vient un instant suspendre ses souffrances, Beelarts est bientôt réveillé en sursaut par des douleurs pongitives qui lui arrachent des gémissements et des cris. L'excrétion des urines est toujours fréquente, difficile, douloureuse, parfois même

Digitized by Google

impossible. La main appliquée sur l'hypogastre, sent un corps dur, s'élevant au-dessus du niveau du pubis. Le malade nous rapporte que c'est depuis trois à quatre mois seulement, qu'il sent ce corps lourd s'incliner toujours du côté sur lequel il se couche; s'il se baisse fortement, ce même corps se porte en avant. Le doigt introduit dans le rectum trouve cet intestin déprimé, par la vessie distendue outre mesure et remplissant presque en totalité le petit bassin; le volume du corps qu'elle contient est évalué approximativement à celui de la tête d'un fœtus de six mois.

Une sonde en argent introduite dans l'urèthre, vient donner au diagnostic le dernier degré de certitude. A peine a-t-elle franchi le col vésical, qu'elle est arrêtée par un corps dur, fixe, d'une vaste dimension et donnant par la percussion le timbre caractéristique.

Ces différents signes physiques, joints aux circonstances commémoratives, ne laissent aucun doute sur l'existence d'un calcul vésical d'un volume peu ordinaire.

Le diagnostic établi, restait à décider le mode opératoire, pour l'extraction que le malade réclamait vivement, comme le seul moyen de mettre un terme à ses douleurs atroces.

Le volume énorme du calcul faisait rejeter toute idée de taille périnéale, cependant on forma le projet de combiner cette opération avec la lithotritie, mais il fut abandonné et la cystotomie sus-pubienne fut résolue.

Le malade ayant été convenablement disposé, l'opération fut pratiquée dans la matinée du 20 janvier, par M. André Uytterhoeven, chirurgien en chef, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves.

Le malade est couché sur le dos, la tête un peu relevée et les cuisses dans la demi-flexion, afin de mettre les muscles abdominaux dans le relâchement.

La saillie du calcul à l'hypogastre, rend inutile l'introduction de la sonde à dard ou tout autre moyen de distendre la vessie.

La ligne blanche est divisée avec les précautions ordinaires. Cette première incision arrache des cris aigus au malade, d'où résulte la hernie du péritoine et des intestins à travers la plaie, aussitôt que le doigt de l'opérateur en est retiré. Un aide est chargé de les contenir, un autre aide introduit dans le rectum trois doigts, au moyen desquels il repousse en haut le calcul dans le but de tendre la paroi antérieure de la vessie. Le malade rend par l'urèthre une grande quantité d'urine glaireuse et sédimenteuse. On fait alors une incision à la vessie au moyen du bistouri droit, qui glisse ensuite sur une sonde cannelée et agrandit cette ouverture du côté du pubis. L'indicateur introduit dans la vessie, reconnait et détache avec précaution les adhérences qui existent entre elle et la pierre, surtout au sommet de celle-ci; les contractions des muscles abdominaux sont tellement vives que le doigt explorateur s'engourdit, devient même douloureux; force était donc d'inciser ces muscles en travers dans une portion de leur étendue; aucun battement artériel n'y ayant été perçu, une incision de 3/4 de pouce d'étendue, est pratiquée en travers de chaque muscle droit, vers le milieu de l'incision longitudinale. On peut ainsi s'assurer de la forme et du volume du calcul, dont le grand axe était presque parallèle à celui du corps. L'opérateur saisit alors avec l'indicateur et le pouce, la pierre qu'un aide soulevait au moyen des doigts introduits dans le rectum; l'attire à travers la plaie et en amène le sommet au dehors. Celui-ci est alors saisi entre les cuillers de fortes *tenettes-forceps* que M. Uytterhoeven avait fait construire *ad hoc* par M. Bonneels. (Ce sont des tenettes dont les mors ont la forme des cuillers du forceps et sont garnies de fortes aspérités.) La plaie de la vessie et celle des parois abdominales n'étant pas assez larges pour permettre à la base du calcul de les traverser, sont agrandies successivement. La première longitudinalement à un pouce de hauteur, la seconde au moyen d'une incision transversale d'un demi-pouce pratiquée sur le milieu de chaque lèvre de la plaie vésicale première.

L'aide chargé de refouler le péritoine et les intestins, les maintient au moyen des médius, en même temps que des deux index il soutenait les bords de la plaie de la vessie. Le calcul est de nouveau saisi et extrait par des tractions lentes, modérées et dirigées de manière à permettre aux parties molles de se dilater sans déchirement. Alors tous les assistants peuvent, à leur grand étonnement, juger de l'énormité de ce corps étranger. Il pèse kil. 1.15, sa circonférence est de 39 centimètres prise selon son diamètre longitudinal, et de 30 selon le plus grand diamètre transversal. Sa hauteur est de 17 centimètres; sa surface d'un jaune fauve est bosselée; il parait formé de plusieurs couches minces, friables.

Digitized by Google

Il n'a pu être soumis à l'analyse chimique, étant destiné à être déposé dans un cabinet d'anatomie pathologique; il est pyriforme et ressemble assez bien à la calebasse.

Beelaerts supporta l'opération avec résignation et courage, il n'accusa qu'une douleur vive dans le gland; une potion calmante lui fut administrée et l'on procéda au pansement de la manière suivante :

Deux points de suture sont jetés à la partie supérieure de la plaie des parois abdominales, une mèche à seton est introduite dans la vessie, son extrémité libre pend entre les cuisses, dans le but de servir de conducteur aux urines. Larges bandelettes agglutinatives pour soutenir les points de suture, pansement sec. On prescrit les précautions de rigueur dans les opérations graves.

Le 21, sommeil calme, prolongé, pas de fièvre, toux légère, fréquente qui imprime des secousses à la plaie et y renouvelle la douleur. Urines très-abondantes, diète sévère, soins de propreté, cérat sur les cuisses et les fesses pour éviter les excoriations. Vers 3 heures, frisson assez intense, dans la soirée le malade est très-calme, dit se trouver bien; looch blanc de Paris, tisane d'orge.

Le 22, état satisfaisant, réaction fébrile peu marquée, toux fréquente, expectoration difficile, douleur nulle, pas de selle.

Le 23, la nuit, douleur pongitive vers l'ombilic, augmentant par la toux et la pression, état général assez rassurant; quelques heures de sommeil, trois selles liquides. — *Prescriptions :* Six sangsues sur le point douloureux et huit éparpillées sur le ventre, cataplasme, boissons émollientes et mucilagineuses. Le soir, amendement marqué.

Le 24, délire tranquille toute la nuit, soif ardente, fièvre le matin, ventre météorisé, le subdelirium persiste et s'exaspère vers le soir. — *Prescriptions :* Vingt sangsues au ventre, cataplasmes. Section des points de suture qui sont remplacés par des bandelettes agglutinatives. Lavement laudanisé (12 gouttes). Le soir, un second lavement contenant (6 gouttes).

Le 25, la nuit a été calme, sommeil réparateur, délire nul, le malade ne se plaint de rien. — *Presc. :* mucilage de salep.

Le 26, le malade est abattu, le courage l'abandonne, légère stupeur, la plaie est pâle. — *Presc. :* toucher légèrement les bords de la plaie avec l'essence de térébenthine et les recouvrir d'un plumasseau chargé d'onguent digestif. Légère crème au riz aromatisée avec l'eau de fleurs d'oranger.

Le 27, sommeil tranquille, les urines sont rejetées par le canal de l'urèthre depuis hier soir, le cerveau perçoit la sensation du besoin de les rejeter, nous lui remarquons une teinte ictérique prononcée aux sclérotiques surtout; douleurs aiguës dans les bras, les mains, qu'un opéré de la taille bilatérale, quelques jours avant, accusa aussi 36 heures avant sa mort. — *Presc. :* Décoction incrassante de Fuller, huile camphrée en embrocations sur le ventre, crème au riz. Le soir, exaspération intense, perte complète de connaissance.

Le 28, stupeur, excrétion involontaire des urines par la plaie et par l'urèthre. La respiration est gênée, le ventre ballonné, l'ictère se prononce davantage, les traits se décomposent et Beelaerts succombe dans la soirée.

Nécroscopie. — 40 heures environ après la mort.

Aspect du cadavre. — Teinte ictérique très-foncée, amaigrissement profond, abdomen largement météorisé, plaie externe béante, couverte d'une eschare épaisse et noirâtre.

Viscères encéphaliques et thoraciques. — Ils n'offrent aucune altération notable.

Abdomen. — Des adhérences filiformes et en bandelettes existent entre les bords de la vessie et ceux de la plaie des parois abdominales. Dans l'épaisseur des muscles droits, au niveau de la plaie, existait un foyer purulent.

Vessie. — Ses parois sont dures et d'un pouce d'épaisseur, à l'endroit correspondant au sommet de la pierre, les tissus qui constituent la vessie sont complétement usés dans l'étendue d'environ une pièce de cinq francs. Cette partie du corps étranger n'était plus recouverte que par le péritoine qui parait lui-même frappé de gangrène, à en juger du moins par la teinte noirâtre qu'il présente. En sorte que la pénétration du calcul dans la cavité abdominale était imminente. La muqueuse est recouverte d'un pus très-épais, offre plusieurs fistules communiquant avec des abcès formés dans l'épaisseur des parois vésicales. Un vaste abcès occupe la fosse iliaque interne gauche et se prolonge jusque sur les bords du sacrum.

Reins et urétères. — A l'état normal.

Péritoine. — Sans altération appréciable. Une distance d'un pouce le sépare encore de l'angle supérieur de la plaie des parois.

Intestins grêles et mésentère. — Ils offrent des traces d'une inflammation violente; çà et là de

Digitized by Google

légers étranglements qui donnent à l'intestin l'aspect d'un chapelet.

Gros intestins. — Distendus par des gaz.

Estomac, duodenum, foie. — Sans altération.

—

CALCUL VÉSICAL ENCHATONNÉ DERRIÈRE LE PUBIS, TAILLE BI-LATÉRALE, MORT, AUTOPSIE.

Observation recueillie par M. CANZIUS, interne à l'hôpital St-Jean.

Un ouvrier employé dans une filature de coton, âgé de 28 ans, d'une constitution appauvrie, d'un tempérament lymphatique, entré à l'hôpital St.-Jean vers la fin de l'année 1856, nous rapporte que depuis un an il est tourmenté de douleurs vives et continues dans le bas-ventre, d'envies fréquentes d'uriner qui n'étaient que difficilement satisfaites et rarement sans douleur; que les urines sont chargées de glaires abondantes et que l'éjaculation séminale est fréquemment sanguinolente. Une sonde métallique introduite dans l'urèthre, est arrêtée au delà du col vésical par un corps dur, arrondi, immobile, dont la percussion par l'extrémité du cathéter produit le choc, le bruit, la sensation caractéristiques. Nul doute de l'existence d'un calcul adhérent ou enchâtonné dans la poche vésicale.

M. A. Uytterhoeven, convaincu de la présence de ce corps et de sa nature pierreuse, certain d'ailleurs qu'il est la source des douleurs vives du malade, de la cystite chronique et du dépérissement consécutif, après avoir employé les moyens internes conseillés dans ce cas, vit dans l'extraction seule le moyen de mettre un terme aux souffrances du patient.

Celui-ci ayant donc été convenablement disposé, l'opération fut pratiquée suivant la méthode bi-latérale, le 9 janvier 1857.

Les incisions ayant été faites, le doigt indicateur introduit dans la vessie, recherche vainement le calcul sur les faces postérieures et latérales; mais porté à la partie antérieure, il rencontre un corps dur, fixe, situé derrière le pubis, immédiatement au-dessus du col vésical, sa surface est rugueuse, inégale, libre dans une petite étendue, recouverte en grande partie par des végétations fongueuses, mollasses, se déchirant à la moindre traction. Ce tissu est détaché au moyen du doigt et bientôt l'opérateur peut s'assurer que le calcul est devenu plus mobile qu'il ne l'aurait cru de prime abord.

Ayant mis à nu une surface assez large pour pouvoir le saisir convenablement, les tenettes droites sont introduites, et on tente vainement de saisir la pierre, les courbes sont trop épaisses pour traverser l'ouverture vésicale sur le doigt indicateur; essayer l'extraction sans qu'au préalable on se soit assuré, au moyen du doigt, qu'une portion des parois vésicales n'est pas comprise entre les mors de la tenette, expose à une déchirure de la vessie. L'opérateur introduit donc une pince courbe à polype, glisse lentement ses mors entre le calcul et ses enveloppes, saisit la pierre, s'assure que l'instrument ne pince pas la muqueuse et le dégage par des tractions lentes et modérées: le calcul tombe dans le bas-fond de la vessie, est saisi au moyen des tenettes droites et amené au dehors.

Dans la nuit: insomnie, douleur vive à la plaie périnéale s'exaspérant par le contact des urines, frisson d'une demi-heure.

Le 10, pas de douleur, sommeil prolongé, les urines coulent abondamment par la plaie, pas de fièvre. — *Presc.*: Cataplasme sur l'abdomen, soins de propreté.

Le 11, état satisfaisant, émission abondante d'urine par l'urèthre. — *Presc.*: Une tasse de bouillon de veau.

Le 12, plaie d'un bon aspect, pas de douleur.

Le 13, suppuration louable, les urines passent en petite quantité par l'ouverture périnéale. Dans la soirée réaction fébrile (attribuée à un écart de régime).

Le 14, état satisfaisant. Diète.

Le 15, une toux fréquente l'a privé de repos, les urines n'ont plus coulé par la verge, une selle liquide. Cercle inflammatoire autour de la plaie.

Le 16, somnolence, réponses lentes et avec indifférence, décubitus dorsal, il n'accuse aucune douleur mais un peu de faiblesse; ventre météorisé, selles liquides, expulsion de vents, toux fréquente, conjonctivite légère à gauche; urines rejetées une fois par l'urèthre, aspect de la plaie peu animé, excoriations au pourtour et aux fesses. — *Presc.*: Décubitus latéral, soins de propreté, un œuf à la coque, pain.

Le 17, plaie blafarde, sans suppuration, stupeur. Tisane d'orge nitrée. Dans l'après-midi, alternatives de froid et de chaud. La nuit subdelirium, sueur abondante, diarrhée.

Le 18, réaction fébrile, transpiration abondante, *habitus* typhoïde. Mêmes moyens.

Le 19, délire, agitation, pouls lent, petit, filiforme, peau froide et sèche, douleurs articu-

Digitized by Google

laires, surtout aux bras et aux mains, sensibilité générale exaltée. Les urines s'écoulent continuellement par la plaie qui reste blafarde. — *Presc.* : Bain général tiède, large cataplasme sur le ventre, crème au riz, lavement amylacé, le soir carphologie, pouls insensible, froid des extrémités. Il succombe dans la nuit.

Nécroscopie.

Habitude extérieure. — Amaigrissement général, peau blafarde, bords recouverts d'une escarre prête à se détacher.

Thorax. — Adhérences pleurétiques anciennes, tubercules pulmonaires crus au sommet des poumons.

Cœur.—Hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche, valvules saines, concrétions osseuses dans la crosse de l'aorte; cavités droites gorgées de sang.

Abdomen. — *Intestins grêles :* Arborisations rouges; foie dur, volumineux, s'étendant jusque dans l'hypochondre gauche, bile pâle peu abondante.

Vessie.—Parois épaissies, muqueuse noirâtre, récouverte d'un pus épais, concreté; la dépression dans laquelle était logé le calcul est rouge, amincie ; l'incision pratiquée au moyen du lithotôme n'a pas franchi les bords latéraux de la prostate.

Rapport sur les observations qui précèdent (1).

Nous croyons devoir nous borner à reproduire ici les conclusions de ce rapport, la première partie étant exclusivement consacrée à l'analyse des observations présentées par M. Canzius à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Nous sommes autorisés à en agir ainsi dans toute circonstance analogue.

Messieurs,

Ces deux observations offrent des détails intéressants que nous ne pouvons reproduire ici. Nous nous bornons à dire que l'on n'a pas cru qu'il fut possible d'espérer quelque chose de la lithotritie dans le premier cas. Il est probable cependant que si un fait de cette espèce se représentait aujourd'hui, la perfection apportée depuis quelques années aux instruments lithotriteurs, permettrait de faire quelques tentatives pour extraire une partie, sinon la totalité du calcul, par le canal de l'urèthre. M. A. Uytterhoeven, a éprouvé récemment combien les instruments percuteurs sont utiles pour détruire les pierres vésicales. En 1825, j'ai aussi employé la lithotritie, conjointement avec MM. Everard et Maunoir, mais par la méthode du broiement concentrique, chez un vieillard âgé de 82 ans, demeurant à Buysingue, près de Hal; je fus obligé, après deux séances, d'abandonner la lithotritie pour recourir à la taille, et je retirai 26 pierres de la cavité vésicale. Ce cas était aussi un espèce d'écueil pour la lithotritie, et cependant je ne suis pas éloigné de penser qu'avec des instruments perfectionnés comme ils le sont aujourd'hui, on aurait pu parvenir à se rendre maître des calculs.

Du reste, la manière dont sont recueillies les deux observations qui précèdent, indique une grande aptitude à la constatation et à la coordination des faits; le style en est clair, précis et correct. Nous vous proposons en conséquence de voter des remercîments à M. Canzius, pour sa communication intéressante.

Bruxelles, ce 27 août 1839.

(1) MM. Seutin, *rapporteur*, Langlet et Meisser, *commissaires*.

OBSERVATION D'HYSTÉROTOMIE

Recueillie par M. Hoebeke, chirurgien, à Sotteghem (Flandre Orientale).

La nommée V. Dewenne, épouse de P. Vankerkove, âgée de 35 ans, d'un tempérament fort et pléthorique, habitant la commune d'Aygem, mère de quatre enfants dont le plus jeune a 3 ans; jouit toujours d'une santé parfaite jusqu'après la naissance de son second enfant. Vers cette époque, elle commença à éprouver des douleurs d'un caractère rhumatismal dans les épaules, les bras, les cuisses, etc. Ces douleurs continuèrent pendant le cours de sa troisième et quatrième grossesse; néanmoins, les accouchements qui suivirent se firent avec autant de facilité que les précédents. Jusqu'à cette époque cette femme n'avait employé d'autre remède pour combattre ces douleurs, que de chauffer fortement les parties affectées et de les frictionner avec de l'esprit de genièvre.

Quelque temps après son quatrième accouchement, ce qui remonte à peu près à deux années et demie, des voisines lui conseillèrent de faire usage de l'huile de baleine (traën). Elle suivit ce conseil et continua, pendant près de deux ans, à prendre cette substance dégoûtante, sans en éprouver aucun allégement à ses douleurs; seulement son appétit augmenta graduellement, elle avait une faim continuelle.

Pendant l'usage de ce remède la malade éprouva d'abord un peu de difficulté dans la

Digitized by Google

marche, cette difficulté augmenta de plus en plus jusqu'à rendre la progression impossible. Au mois de juin 1838, je fis voir cette femme à MM. les professeurs Verbeck et Lutens qui étaient venus dans la maison où elle habitait pour visiter sa sœur, épouse de F. Dewolf, à qui j'avais, l'année précédente, pratiqué avec succès la gastrotomie pour une rupture spontanée de la matrice (1). En examinant la marche de cette femme, ces messieurs furent aussi persuadés que moi de l'existence d'un rétrécissement au détroit inférieur du bassin, qui rendrait l'accouchement par les voies naturelles impossible.

Cette malheureuse ne tarda pas à éprouver les symptômes d'une nouvelle grossesse, qui parcourut toutes ses périodes sans indispositions. Aussitôt qu'elle fut assurée de son état, elle cessa l'usage de l'huile de baleine, comme cela se pratique en général : le mari évalue à 6 pots la quantité qu'elle a prise intérieurement; en outre, elle se frictionnait avec la même substance.

Arrivée au terme de sa grossesse, le 13 avril 1839, les douleurs de la parturition commencèrent à se faire sentir. Dans l'après-diné la sage-femme me fit demander, mais étant absent je ne pus m'y rendre qu'à 10 heures du soir.

Arrivé dans la hutte où cette malheureuse gissait sur un tas de feuilles, mon premier soin fut de m'assurer des dimensions de la cavité pelvienne : le toucher me fit reconnaître que les branches du pubis et les tubérosités ischiatiques se touchaient; en arrière il y avait un espace compris entre les tubérosités ischiatiques en avant, le coccyx en arrière et, latéralement, les ligaments sacro-ischiatiques que je trouvai avoir la forme d'un cœur de carte à jouer, ayant la pointe vers le pubis et dont je jugeai le plus grand diamètre être d'un pouce et demi.

L'impossibilité de délivrer cette femme par les voies naturelles étant évidente, la poche des eaux étant rompue depuis quelques instants, je préparai à la hâte un lit et tout ce qui était nécessaire pour pratiquer la gastro-hystérotomie. A 11 heures du soir, la femme était couchée sur un coffre garni d'alèzes dans une position convenable; je procédai immédiatement à l'opération en pratiquant une incision à la ligne blanche, l'incision de l'utérus étant faite, je rencontrai le placenta que je détachai; l'enfant présentait les fesses à la plaie de la matrice, je recherchai les pieds et parvins à l'extraire non sans quelques difficultés : la tête étant déjà engagée et serrée au détroit supérieur, l'enfant du sexe féminin fut retiré plein de vie.

Les parties ayant été nettoyées, la plaie fut fermée par six points de suture, des bandelettes agglutinatives, etc., on remit la femme au lit; repos absolu, diète sévère, eau sucrée pour boisson.

Cette opération fut pratiquée avec une facilité et une rapidité telle que j'en fus étonné, je n'étais cependant secondé que par le médecin et la sage-femme de la commune d'Herzeele. L'opération ne dura qu'un quart d'heure; la patiente avait le moral dans les meilleures dispositions, aucune crainte ne l'agitait, elle avait vu, deux ans avant, sa sœur supporter la même opération et en guérir; aussi pendant tout le temps que dura celle-ci, ne fit-elle que rire et plaisanter, et il fut impossible de lui imposer silence.

Le 14, à 5 heures de l'après-midi, nous trouvons l'opérée dans le meilleur état possible, nulle fièvre, nulle douleur, elle a parfaitement dormi pendant deux à trois heures, les urines ont été évacuées avec facilité, les lochies coulent.

Le 15, même état, même régime.

Le 16, à 4 heures de l'après-diné, rougeur de la face, pouls accéléré, élancements dans l'abdomen, douleurs principalement à la région de la vessie, les lochies coulent peu. Ces symptômes ont commencé la veille au soir, il n'y a pas encore eu de selles, la malade n'a pas urinée depuis la nuit; soif vive, quoique la langue soit fraiche. La plaie dont on renouvelle le pansement présente l'aspect le plus favorable; continuation de la diète et des boissons, un lavement avec ol. ricin ℥ij, injections émollientes dans le vagin, fomentation de même nature sur l'abdomen; je recommande de commencer par le cathétérisme, et dans le cas où la douleur continuerait après que la vessie serait vidée, de faire usage de la mixture suivante :

♃ Ol. tart. per deliq.	℥i
Mucilag. gg. arab.	℥v
Syr. diacod.	℥i

A prendre par cuillerée d'heure en heure.

La douleur ayant continué après le cathétérisme, elle prit cette mixture dans le courant de la nuit.

Le 17, amélioration marquante, pouls naturel, moiteur de la peau, langue fraiche, elle

(1) *Bulletin médical belge*, n° de février 1838.

demande à manger. Continuation de la diète, des boissons rafraîchissantes, répétition de la mixture, on continue les injections, les lochies sont plus abondantes, les mamelles se gonflent.

Le 18, l'amélioration continue, la sécrétion du lait est bien établie, l'enfant tette, on peut ôter trois points de suture : sur les vives instances de la malade on lui accorde du lait coupé, une tasse de bouillon, on supprime les médicaments, toutes les fonctions se font bien.

Le 19 et 20, continuation, les derniers points de suture sont ôtés, la cicatrisation étant complète, on augmente graduellement la nourriture en qualité et en quantité.

Le 21, 22, 23, continuation.

Le 24, regardant la malade comme guérie et obligé de m'absenter pour quelques jours, je la confie aux soins de mon collègue le médecin d'Herzeele. Pendant mon voyage je racontai à plusieurs professeurs des Universités de Gand et de Bruxelles, l'histoire de la maladie de cette femme, l'opération qu'elle avait subie et la guérison prompte qui l'avait suivie.

Quel ne fut donc pas mon étonnement lorsqu'*à mon retour*, cinq jours après mon départ, je la trouvai morte depuis la veille dans la soirée. Mon collègue me dit que la femme s'était très-bien trouvée jusqu'au matin du jour de sa mort; que ce jour il lui avait trouvé un peu de fièvre, qu'elle avait une petite toux dont les secousses lui occasionnaient un point douloureux dans le côté droit, le ventre un peu ballonné mais non douloureux. Regardant ces symptômes comme indiquant une bronchite légère, il recommanda des boissons adoucissantes, des cataplasmes émollients sur le point douloureux, et une mixture gommeuse avec adjonction du sirop de pavot blanc. Le soir, il retourna la voir et la trouva à l'agonie.

Ne sachant à quelle cause attribuer une mort si prompte, nous fîmes l'autopsie 40 heures après la mort. L'abdomen étant ouvert, nous y vîmes un désordre extraordinaire; tous les organes avaient une teinte uniforme d'un bleu marbré, ils étaient enduits d'une couche de pus épais, les enfoncements qu'ils laissaient entre eux en étaient remplis; des adhérences fortes et nombreuses réunissaient les divers organes et il fallait de grands efforts pour les séparer; l'utérus dont la plaie était largement béante était en suppuration et offrait l'aspect d'un large ulcère. Le péritoine épaissi était aussi en suppuration. L'odeur infecte et repoussante qui s'exhalait de ces parties nous empêcha d'examiner chaque organe en particulier pour en constater le degré d'altération; ce que nous avions remarqué suffit pour nous convaincre que la mort était le résultat d'une métro-péritonite.

Il existe, sans doute, peu d'exemples de métro-péritonite qui ait produit de tels ravages sans se dénoter par des signes extérieurs. Jusqu'au jour de sa mort, on ne remarqua chez cette femme d'autre symptôme qu'une fièvre légère, un point vers les fausses côtes droites et une petite toux, ce qui était bien insuffisant sans doute pour faire soupçonner une affection de cette gravité et de tels désordres.

J'ai donc eu le désappointement de perdre la seizième femme à qui j'ai pratiqué l'opération césarienne, désappointement d'autant plus grand que je la croyais guérie, et que déjà j'avais annoncé le succès de cette opération. Ainsi donc, au lieu de douze succès que je croyais avoir obtenu il ne m'en reste plus que onze.

Cette opération, malgré sa fin malheureuse, a du moins prolongé de quelques jours la vie de cette femme et sauvé celle de l'enfant. Elle n'a donc pas été entièrement inutile.

Comme je joins le bassin à cette observation, (1) je ne crois pas qu'il soit nécessaire de le décrire, son examen suffira pour démontrer que l'accouchement par les voies naturelles était impossible, et que l'opération césarienne était seule applicable dans ce cas.

—

Rapport sur l'observation qui précède (2).

Nous sommes autorisé à retrancher la partie de ce rapport qui résume l'observation qu'on vient de lire.

La première réflexion qu'a fait naître chez nous, messieurs, l'observation du docteur Hoebeke, c'est l'aggravation de la maladie, antérieure au fatal événement coïncidant avec l'usage de l'huile de baleine, que la patiente a eu le courage d'ingérer jusqu'à la dose énorme de 6 pots; mais il nous reste toujours à décider si la maladie s'est aggravée *par le remède* ou *malgré le remède*, ce qui établit une immense différence dans l'appréciation du moyen thérapeutique. Cette huile de foie de raie ou de morue qui a presque fait une révolution en médecine pratique et dont les merveilleuses propriétés ont été vantées par une foule de médecins, surtout allemands, et naguère par notre compatriote, le docteur

(1) Cette planche sera jointe au prochain numéro.
(2) MM. A. J. Daumerie, *rapporteur*; J. R. Marinus et G. Seutin, *commissaires*.

Digitized by Google

Gouzée d'Anvers (1), cette huile de foie de morue, dis-je, serait-elle condamnée à subir le sort de tant de systèmes médicaux et de moyens thérapeutiques que nous avons vu naître, grandir démesurément et mourir fort peu de temps après? Le temps nous l'apprendra, messieurs, et bientôt nous verrons, si une fois encore, nous avons été victimes de notre trop confiante crédulité et de notre désir ardent de soulager les maux de l'humanité. A cette occasion nous vous dirons qu'ayant entendu parler désavantageusement de l'huile de foie de morue, nous avons fait des recherches et nous avons trouvé dans le journal de médecine et de chirurgie pratiques (2) le passage suivant :

« M. Delavacherie a fait connaître à la Société de » médecine de Gand, plusieurs observations recueillies chez des adultes devenus contrefaits depuis » que, pour des douleurs rhumatismales, ils avaient » fait usage de cette huile de poisson. Le docteur » Hoebeke a communiqué également à la Société » deux observations qui méritent d'être rapportées.... M. Janson cite deux faits semblables, mais » les femmes, auxquelles ils se rapportent, étaient » toutes deux atteintes de rachitisme. Plusieurs autres faits de même nature ont été recueillis par » le docteur Hoebeke et le portent à croire que le » ramollissement des os si fréquemment observé » dans le pays qu'il habite, tient quelquefois à l'usage de l'huile de morue qui est extrêmement » répandu dans cette contrée, et préconise surtout » contre les douleurs rhumatismales.

» Les observations que l'on vient de lire sont » donc de nature à fixer fortement l'attention; car, » d'après les conclusions de l'auteur, on s'exposerait à déterminer des accidents infiniment plus » graves que ceux que l'on voudrait combattre; » mais ces faits, quel que soit l'intérêt qui s'y rattache, ne sont pas assez nombreux, ni assez positifs pour qu'on puisse, sur leur seule autorité, » rejeter de la matière médicale un médicament qui » dans plusieurs circonstances paraît avoir produit » de bons effets. Chez les deux femmes observées » par M. Hoebeke, en effet, cette huile avait été » donnée, infructueusement, pour des douleurs » violentes survenues dans les lombes et attribuées » au rhumatisme. Il est plus que probable qu'elles » n'étaient que l'indice du ramollissement des os » qui s'opérait dans cette région et qui bientôt a » amené la déformation du bassin. C'est, du reste, » ce qu'a fait observer la commission nommée pour » examiner le travail de M. Hoebeke, en remarquant » que dans la contrée où ces faits ont été recueillis » l'humidité, la misère, la nourriture insuffisante » étaient autant de causes de rachitisme et que l'administration de l'huile de poisson a probablement » coïncidé avec l'osteomalaxie sans avoir aucune » influence sur son développement. Ajoutons que, » pour certains peuples du Nord, l'huile de poisson » est un mets précieux, et qu'ils en consomment » des quantités énormes, sans que leur système osseux paraisse en souffrir; que, loin de là, cette » nourriture les fortifie et leur permet de résister » au froid excessif. »

Les réflexions sages et lumineuses qui précèdent, jointes aux écrits de médecins recommandables qui ont élevé la voix en faveur de l'huile de poisson, sont de nature, messieurs, à nous faire profondément réfléchir avant de nous réunir à l'opinion de MM. Delavacherie, Hoebeke, etc., et surtout à nous engager puissamment à multiplier nos observations. En rédigeant ce rapport, une idée nous est venue qui pourrait expliquer, dans certains cas, les bons effets de l'huile en question, et dans d'autres, les résultats désavantageux de cette substance : cette huile qui, au dire de quelques chimistes, paraîtrait contenir de l'iode, ne pourrait-elle amender l'état *d'ostéite* par l'action énergique qu'elle imprime aux vaisseaux absorbants; et, au contraire, affecter morbidement *l'os sain* en y déterminant une absorption trop active qui tendrait à le rapprocher de son état primitif et rudimentaire?

Nous avons vu avec étonnement, messieurs, les cas nombreux d'opérations césariennes pratiquées par un jeune praticien en si peu d'années. Quelle qu'en soit la cause, il doit nécessairement en exister une très-puissante qui agit défavorablement sur le système osseux des habitants des environs de Sotteghem; car il est impossible de supposer que cette sanglante opération ait jamais été pratiquée sans une inévitable nécessité. Dans le cas présent, la pièce anatomique que vous avez sous les yeux, démontre évidemment que le praticien a bien et dûment opéré.

La mort inattendue de la femme a étonné le docteur Hoebeke : *il existe, sans doute*, dit-il, *peu d'exemples de métro-péritonite qui ait produit de tels ravages sans se dénoter par des signes extérieurs*. Ces espèces de péritonites larvées, quoique rares, n'en existent pas moins, et pour ne citer qu'un auteur parmi un grand nombre d'autres, je prendrai Chomel qui s'exprime en ces termes (1) : *La péritonite ne se montre pas toujours avec des phénomènes bien tranchés. Il est une variété de cette affection à laquelle on a donné le nom de péritonite latente parce qu'elle se cache trop souvent.* Le même auteur dit encore (2) : *Le diagnostic de la métrite aiguë est souvent fort obscur.* Tous les praticiens se plaisent à reconnaître chez les nouvelles accouchées un état particulier désigné par eux sous le nom de *puerpéral*. Sans pouvoir expliquer clairement ce que l'on entend par là, il est constant que cet état consiste dans une disposition toute spéciale qu'ont les femmes, dans cette circonstance, d'être attaquées par les maladies les plus malignes, accompagnées de symptômes souvent obscurs et dont la terminaison fatale étonne le médecin observateur. Dans l'observation présente, messieurs, la sécurité de notre confrère était-elle suffisamment

(1) Voir les Annales de notre Société : Mémoire sur les propriétés thérapeutiques de l'huile de foie de raie ou de morue, et le rapport qui y est joint.
(2) Sixième cahier, juin 1839.

(1) *Dictionnaire de médecine* en 21 vol. article *Péritonite*.
(2) Même ouvrage, art. *Métrite*.

Digitized by Google

justifiée, et n'existait-il aucun indice qui put faire soupçonner une phlegmasie abdominale? Déjà le quatrième jour de l'opération il se manifesta de la fièvre, des élancements dans l'abdomen, etc. Ces symptômes n'étaient-ils point de nature à tenir le praticien sur la réserve, surtout chez une campagnarde dont la sensibilité était assez obtuse pour lui permettre de rire et de plaisanter lorsque ses entrailles palpitaient sous le couteau de l'opérateur? et son collègue n'a-t-il pas à son tour diagnostiqué trop légèrement une bronchite légère quand il vit la femme la matinée du jour de sa mort? Quoiqu'il en soit, soyons indulgents pour les autres, parce que nous avons vu nous-mêmes la mort arriver inopinément dans des maladies aiguës et nous frapper de stupeur. Cette quantité considérable de pus trouvée dans la cavité abdominale, réunie surtout aux autres signes de désorganisation, suppose bien une phlegmasie préexistante, parce que, sans inflammation, il n'y a point de pus possible; mais la matière prétendûement purulente était-elle uniquement du pus ou une matière lactoso-purulente que plusieurs médecins prétendent avoir, souvent, rencontrée dans les fièvres dites *puerpérales?* Forcés de passer sous silence les diverses hypothèses mises en avant pour expliquer la formation de ces collections presqu'instantanées, nous sommes tentés de croire à leur possibilité. Cette circonstance pourrait expliquer, jusqu'à un certain point, l'absence des symptômes morbides et l'enlèvement rapide des malades. L'opération, comme le dit le docteur Hoebeke, n'a point été inutile en ce sens qu'elle a sauvé la vie de l'enfant; mais quant à l'avantage d'avoir prolongé de peu de jours la vie de la malheureuse mère; il nous semble bien minime.

Pourquoi a-t-on prescrit, dans cette circonstance, l'huile de tartre par défaillance (sous-carbonate de potasse)? à quoi pouvait servir de solliciter l'action sécrétoire des reins? si la non émission de l'urine dépendait d'un état phlegmasique des organes uropoïétiques, il nous semble que les antiphlogistiques pouvaient seuls convenir.

L'observation que le docteur Hoebeke vous a communiquée, messieurs, présente de l'intérêt sous deux rapports principaux; sous le premier, elle tend à engager les praticiens à continuer leurs recherches sur les effets de l'huile de foie de raie ou de morue; sous le second, à les rendre prudents et circonspects quand il s'agit de porter un diagnostic et surtout un pronostic sur les affections, en apparence légères, qui accompagnent l'état puerpéral. En conséquence, nous vous prions d'ordonner l'impression de son mémoire dans nos Annales et de lui adresser des remercîments pour cette intéressante communication.

Bruxelles, le 20 novembre 1839.

Du siége, de la nature et du traitement de la chlorose; mémoire lu à la Société de médecine de Paris; par P. Jolly.

Il est une maladie dont l'étiologie semble avoir échappé jusqu'à ce jour à toutes les recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques, et qui mérite d'autant plus l'intérêt et la sollicitude du médecin, qu'elle est, sans contredit, l'une des plus communes de toutes celles qui s'offrent habituellement dans la pratique de la médecine; je veux parler de la chlorose ou anémie, affection sur laquelle je demande à la Société la faveur de lui communiquer quelques remarques que l'observation et l'expérience m'ont suggérées; me réservant de reclamer plus tard sa bienveillante attention et ses lumières pour lui soumettre tous les développements dont peut être susceptible un pareil sujet.

La chlorose parait avoir été observée de tous temps, car on en trouve des descriptions plus ou moins complètes dans la plupart des écrits anciens et modernes; mais rien de plus variable que les opinions des auteurs sur le siége, la nature et le traitement de cette maladie.

Et d'abord, Galien l'a fait consister dans l'engorgement de la rate; Hippocrate, Sydenham, Cabanis, notre honorable ami M. Roche, dans l'asthénie des organes génitaux; Cullen, dans une adynamie de l'estomac; Gardien, dans une fièvre gastrique; Boisseau, dans un défaut de qualités stimulantes du sang; Astruc, Andral, dans un excès de sérosité sanguine.

M. Blaud, qui, dans ces derniers temps, a réuni, sous le titre commun *d'affections chlorotiques*, la chlorose proprement dite et l'anémie, attribue l'une et l'autre à une *sanguification vicieuse*, dont le résultat est un fluide imparfait, où la sérosité prédomine, où le principe colorant est en défaut, et qui n'est plus propre à exciter convenablement l'organisme (1).

Avant de discuter la valeur des ces diverses opi-

---

(1) La chlorose et l'anémie nous paraissent aussi constituer une seule et même maladie, qui peut bien offrir quelques nuances ou variétés de formes relatives aux âges, aux sexes, aux tempéraments, mais nulle différence de nature ou de caractères anatomiques et physiologiques. Ainsi, l'une et l'autre se manifestent dans des circonstances hygiéniques absolument analogues; toutes deux ont pour cause intime un vice ou plutôt une dépression de l'innervation, et pour effet constant et nécessaire une diminution réelle de la masse totale du sang, en même temps qu'une surabondance plus ou moins prononcée de la partie séreuse relativement à la partie rouge ou cruorique de ce fluide. Enfin, ce qui établit surtout entre elles une véritable identité de nature, c'est l'identité de leur traitement.

Digitized by Google

nions, nous croyons devoir exposer les faits les plus propres à mettre en lumière ce point important de pathologie ; ces faits, nous les trouvons dans l'anatomie et la physiologie, la pathologie et la thérapeutique.

§ I. Faits anatomiques et physiologiques.

I. — On sait que les nerfs pneumo-gastrique et trisplanchnique s'associent à l'accomplissement de la vie nutrive dans des rapports anatomiques et physiologiques si intimes, qu'il n'est pas plus permis de les isoler dans l'étude de leurs maladies que dans celle de leurs fonctions.

Cette association devient surtout manifeste quand elle a pour but l'exercice des fonctions circulatoire, respiratoire, ainsi que celles d'hématose et de calorification. L'anatomie humaine et comparée établit même, entre les deux nerfs, une telle fusion, une telle solidarité, qu'aucun d'eux ne fournit sans l'autre des filets nerveux au cœur, aux vaisseaux, au poumon, à l'estomac, au foie, etc. : en sorte que toute affection de l'un ou de l'autre entraîne nécessairement les mêmes désordres dans l'économie, soit que l'affection émane directement du centre principal de leur fusion, c'est-à-dire du plexus solaire que l'on a appelé à juste titre *cerveau abdominal*, soit qu'elle tire sa source de l'un des points périphériques du système nerveux viscéral.

Un autre fait anatomique également digne de remarque, c'est la distribution des nerfs de la vie intérieure dans le système vasculaire en général ; les artères surtout, ainsi que la veine porte, sont entourées d'un réseau nerveux, qui ne s'arrête pas seulement à leurs principales divisions, mais qui se poursuit jusque dans leurs moindres ramifications, pénètre dans la trame de tous les tissus, dans l'intimité de tous les organes ; là, en un mot, où les grands phénomènes physiologiques de la vie intérieure s'accomplissent en vertu de la double influence corrélative et réciproque du sang et de l'agent nerveux.

En disposant ainsi et dans un ordre aussi admirable l'appareil nerveux viscéral, la nature semble déjà nous avoir indiqué le rôle important qu'il remplit dans les fonctions de circulation, d'hématose, de calorification, de sécrétion et de nutrition ; et ce qui doit surtout prêter quelque appui à ce fait anatomique, ce sont les résultats de l'observation et de l'expérimentation physiologique.

II.— Ainsi la section du nerf pneumo-gastrique, pratiquée par Dupuytren, Magendie, Legallois, Breschet, Dupuis et par beaucoup d'autres expérimentateurs, a eu pour effet constant et immédiat d'empêcher l'exercice de la digestion et des sécrétions, de diminuer sensiblement la chaleur animale en même temps que de *défibriner* le sang artériel, c'est-à-dire de suspendre la conversion du sang veineux en sang artériel.

Un autre fait également bien constaté, c'est la coagulation immédiate du sang dans tous les vaisseaux du poumon, par la simple ligature des nerfs pneumo-gastriques (Mayer de Bonn). Ce que la physiologie expérimentale a fait, la pathologie a dû trop souvent l'accomplir. Ainsi, l'on a vu cesser instantanément l'état couenneux du sang par l'effet de la syncope, c'est-à-dire par la suspension de l'innervation (Gendrin). Et ce qui n'est pas moins concluant, quoique d'observation pour ainsi dire vulgaire, c'est que toute sensation insolite, toute impression morale quelconque, modifie à l'instant même et d'une manière remarquable les phénomènes de circulation et de sanguification, aussi bien que la composition du sang et les produits de sécrétion. J'ai fait maintes fois la remarque que, dans les phlegmasies, même les plus aiguës, le sang perd une partie de ses qualités inflammatoires lorsque les malades témoignent beaucoup d'appréhension pour la saignée.

Il paraît donc suffisamment démontré que les lois de composition et de vitalité du sang ne s'exercent sur les organes d'hématose que sous l'influence de l'innervation.

Or, si c'est en vertu de l'innervation ganglionnaire que s'accomplissent les phénomènes d'hématose et la conversion du sang veineux en sang artériel, on ne voit plus comment le système nerveux serait étranger aux maladies chlorotiques, ni comment il ne serait affecté que secondairement dans cette affection.

Pour admettre le contraire, il faudrait admettre aussi que toutes les causes physiques ou morales auxquelles on attribue ordinairement toutes les perturbations du système nerveux, n'opèrent ces perturbations que par l'intermédiaire du système sanguin ; que toute passion qui précipite les mouvements du cœur, altère ou suspend immédiatement une sécrétion, porte directement ses effets sur le sang, la bile, l'urine, et secondairement sur l'action nerveuse ; ce qui ne serait pas seulement contraire à toutes les lois physiologiques connues, mais à toutes les règles du bon sens et de la saine logique.

D'après cela, il serait donc déjà tout naturel de regarder le système nerveux comme l'élément organique primitivement et spécialement affecté dans l'état chlorotique ; car, ici comme dans toute autre maladie, l'état pathologique n'est et ne peut être que l'état physiologique anormal.

Mais si nous cherchons à apprécier les divers éléments de la maladie elle-même, c'est-à-dire les causes qui la préparent et la déterminent, les symptômes qui la précèdent et l'accompagnent, nous

Digitized by Google

trouverons bientôt de nouvelles preuves non moins favorables à cette opinion.

§ II. Faits pathologiques et thérapeutiques.

I. Il est remarquable, en effet, que toutes les causes physiologiques ou pathologiques, physiques ou morales, qui portent des effets perturbateurs sur le système nerveux, sont également celles qui donnent lieu le plus ordinairement à l'état chlorotique. Ainsi, la révolution nubile, cette cause si puissante, si ordinaire de perversion du système nerveux, est aussi celle qui donne lieu le plus fréquemment à la chlorose, soit que celle-ci se manifeste avant la première menstruation, soit qu'elle survienne dans les premiers mois qui lui succèdent. La chlorose peut d'ailleurs se manifester à toutes les époques de la vie; il suffit pour cela que les organes d'hématose reçoivent la fâcheuse influence des désordres actuels de l'innervation ganglionnaire, et sous ce rapport l'état de viduité paraît être aussi l'une des conditions les plus favorables à la chlorose.

Si la chlorose a pu être considérée comme une cause fréquente de stérilité chez la femme, il est *également d'observation* qu'elle s'est souvent manifestée *dans le cours* de la grossesse. Et ici je ferai une remarque qui a bien quelque valeur dans l'opinion que nous soutenons : c'est que la chlorose ne se déclare, dans l'état de grossesse, qu'à la suite des phénomènes nerveux qui en signalent le début, comme si encore elle n'était qu'un effet nécessaire et qu'une conséquence physiologique de ces phénomènes nerveux.

Mais ce qui est moins généralement admis, quoique d'observation assez fréquente, c'est le fait de la chlorose chez l'homme. Bien qu'il y ait encore entre les auteurs dissidence d'opinions à cet égard, je ne pense pas que le fait puisse être mis en doute aux yeux de la plus grande majorité des praticiens.

Toutes les lésions organiques de la vie intérieure, et notamment celles des organes d'hématose, donnent également lieu à l'état chlorotique : telles sont surtout les affections organiques du foie, de la rate, du poumon. Dans ce cas, en effet, l'innervation elle-même est d'autant plus troublée que les organes qu'elle influence sont plus compromis. Une autre cause assez fréquente de chlorose est la présence d'entozoaires dans le trajet du tube digestif. Sauvages a même décrit une forme de chlorose, qu'il a *appelée vermineuse* en raison de cette complication, soit que la maladie s'explique par la cause même de la génération des vers, soit qu'elle résulte de la présence directe de ces hôtes dans l'économie. On trouve ordinairement une grande quantité d'ascarides et de douves dans le tube digestif et les conduits biliaires des animaux qui succombent à la cachexie aqueuse ou chlorose. Les acéphalocystes qui coexistent aussi très-fréquemment avec l'état chlorotique semblent avoir une très-grande relation de causalité avec cette maladie, et peut-être trouverait-on, dans la comparaison de leur siége, de leur étiologie et de leurs symptômes, des indications communes et rationnelles de traitement pour les deux genres d'affection.

De toutes les causes physiques ou hygiéniques de la chlorose, il n'en est pas de mieux établie ni de plus fréquente que l'air humide et marécageux ; et ce qui est digne de remarque, c'est que là où toutes les formes de névroses sont le plus fréquentes, les affections chlorotiques sont pour ainsi dire endémiques. Telles sont certaines contrées de l'Angleterre, de la Hollande, de la Bretagne, où l'on rencontre plus spécialement les maladies nerveuses et les maladies chlorotiques.

En explorant l'état sanitaire des Landes, en 1832, j'ai été surtout frappé de cette coïncidence remarquable des deux genres d'affection. Plus des deux tiers de la population étaient alors atteints de fièvre tierce dans les contrées les plus populeuses du pays, et tous les fébricitants, sans nulle exception, se trouvaient dans un état anémique plus ou moins prononcé. La même remarque a été faite par plusieurs auteurs, notamment par Stoll, qui a décrit une *chlorose épidémique ;* par M. Monfalcon, de Lyon ; par M. Vallée, de la Ferté-sous-Jouarre, qui ont eu de fréquentes occasions d'observer que les fièvres intermittentes et les affections chlorotiques règnent simultanément et le plus souvent d'une manière endémique dans la plupart des lieux marécageux.

La cachexie aqueuse des vétérinaires, qui représente l'état chlorotique dans l'espèce humaine, est également endémique dans les contrées où règnent habituellement les fièvres intermittentes, telles que la Sologne. Comme toutes les névroses; la chlorose est aussi fréquente dans les villes qu'elle est rare dans les campagnes. Toutefois, Baillou exprime une grande erreur quand il dit que les villes seules en fournissent des exemples.

M. Segond, médecin de la marine, à qui on doit une monographie récente sur la colique dite végétale, qu'il regarde comme liée à une affection du système nerveux abdominal, note aussi, comme fait d'observation presque générale, la coexistence des fièvres intermittentes et de la névralgie abdominale ou ganglionnaire. Mais ce que M. Segond n'a pas assez fait sentir à ce sujet et qu'il nous importe de signaler ici, c'est l'ordre de succession constante des phénomènes fébriles intermittents, des phénomènes névralgiques et des phénomènes anémiques dans la presque universalité des faits qu'il rapporte.

M. Benjamin Pallas, dans la relation qu'il a faite,

Digitized by Google

en 1820, de la colique de Madrid, avait également noté la circonstance des phénomènes fébriles intermittents comme le signal ordinaire de cette maladie et de l'état anémique, avec *couleur jaune verdâtre* qui lui a succédé. Et ce qu'il faut encore noter dans les observations des deux auteurs, c'est la circonstance de certaines lésions cadavériques, également propre à rattacher au système nerveux ganglionnaire les divers phénomènes morbides dont il s'agit.

Toutes les préparations saturnines paraissent aussi avoir pour effet d'opérer directement sur le système nerveux ganglionnaire une sédation qui peut elle-même devenir cause d'anémie. Un des phénomènes les plus constants de la colique de plomb est l'altération de couleur des tissus, qui prennent souvent l'aspect *jaune verdâtre*, comme dans le cas de colique végétale (Mérat, Tanquerel-Desplanches). C'est une forme spéciale d'anémie, due à une véritable intoxication qui a frappé de stupeur l'innervation ganglionnaire, et dont le traitement exige l'élimination de l'agent matériel qui l'a produite.

Toutes les autres causes de l'état anémique ont également une action spéciale, directe, et le plus ordinairement débilitante, sur le système nerveux abdominal. Telles sont surtout les évacuations excessives, une vie molle et oisive, une alimentation vicieuse ou purement végétale, des affections morales tristes, les suites d'un amour malheureux, les abus de la masturbation, etc.

Il résulte donc de cette énonciation des causes de la chlorose ce fait général et important, que toutes sont communes à cette maladie et aux affections nerveuses abdominales, et que cette communauté de causes des deux affections doit surtout être prise en considération dans le rapprochement et l'identité que nous voulons établir entre elles.

II. La chlorose a pour caractères physiques les plus constants une décoloration générale des téguments et de tous les tissus de l'économie. Mais il est des cas où la teinte naturelle de la peau souffre peu d'altération, et où la maladie peut, à défaut de ce caractère, échapper à des yeux inexpérimentés.

Dans quelques cas même, la couleur des joues reste assez vive pour faire contraste avec le reste des téguments de la face et du corps, soit à cause de la finesse et de la transparence des tissus qui la composent, soit à cause du mouvement fébrile qui s'est développé à une certaine époque de la maladie.

Les symptômes de la chlorose, rapprochés de ceux des névralgies viscérales, ne confirment pas moins l'identité de siége et de nature des deux affections. Il est certain, en effet, que la chlorose est constamment précédée de phénomènes qui attestent une lésion de la sensibilité viscérale. Tels sont, indépendamment des accès de fièvres intermittentes, l'abondance et la limpidité des urines, la perte ou la dépravation de l'appétit, des dyspepsies habituelles accompagnées de borborygmes, de battements à l'épigastre, de crampes d'estomac, et douleurs dorsales plus ou moins vives. Joignez à cela la série des nombreux désordres de la respiration et de la circulation, tels que dyspnée au moindre exercice, diminution sensible de la chaleur animale, palpitations fréquentes, bruit de souffle plus ou moins prononcé dans le cœur et les principales artères, et vous aurez non-seulement tout le cortége des maladies chlorotiques, mais encore tous les phénomènes qui indiquent au plus haut degré une lésion de l'innervation.

Ces deux ordres de phénomènes me semblent tellement liés, qu'il ne me paraît pas possible de les séparer, et je dirai même qu'il ne m'a jamais été permis d'observer des cas de chlorose, sans quelques désordres de l'innervation ganglionnaire; de même que je ne sache pas avoir jamais rencontré d'exemples d'affection nerveuse abdominale tant soit peu prolongée, sans un commencement de décoloration ou d'anémie. Or, si la succession ou la simultanéité des deux ordres de symptômes est un fait constant, nécessaire, tous les phénomènes anatomiques, physiologiques et pathologiques que nous venons d'exposer se réunissent pour fixer le principe ou le point de départ des maladies chlorotiques dans le système nerveux de la vie intérieure.

III. Mais ce n'est pas tout.

Si nous invoquons le témoignage des faits thérapeutiques relatifs à la chlorose et à l'anémie, ils viendront encore déposer dans le même sens et justifier ce précepte d'Hippocrate : *Naturam morborum ostendit curatio*. Ils nous prouveront, en effet, que tous les moyens de traitement que l'expérience a le plus universellement consacrés jusqu'à ce jour contre les affections anémiques, tels que le fer et ses préparations, le quinquina, les amers, etc., sont également ceux que la pratique de tous les temps a opposés avec le plus de succès aux affections nerveuses de la vie intérieure; ils prouveront, dis-je, que les mêmes médicaments sont de véritables spécifiques contre les névralgies ganglionnaires et les fièvres intermittentes, qui peuvent bien différer de forme, mais nullement de cause intime, de siége et de nature.

Il me serait facile d'exposer un grand nombre de preuves à l'appui des opinions que je viens d'émettre; mais pour ne point fatiguer l'esprit du lecteur par de longs et fastidieux détails, je me contenterai de rapporter ici quelques faits relatifs aux conditions spéciales d'âge, de sexe, etc.

FAITS CLINIQUES. — *Exemples d'anémie dans les différents âges.*

1^er^ FAIT. — *Cas de chlorose chez une jeune*

Digitized by Google

fille de cinq ans; guérison par l'eau de Passy et le chocolat ferrugineux. — Mademoiselle D.... avait joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de cinq ans, lorsqu'elle fut atteinte, à la suite d'une vive insolation, de céphalalgie opiniâtre, avec délire, fièvre violente, et autres symptômes qui peuvent faire craindre une méningite aiguë.

Douze sangsues, appliquées derrière les oreilles, donnent lieu à une évacuation excessive de sang qui fait cesser presque immédiatement les accidents cérébraux, mais en laissant la jeune malade dans une décoloration complète, que plusieurs années même passées dans l'usage d'un régime tonique et sous l'influence de toutes les ressources de l'hygiène, ne peuvent faire disparaître. Cette décoloration est telle, qu'elle donne à toute la peau l'aspect de la cire Elle s'accompagne d'ailleurs de faiblesse musculaire excessive, de bourdonnements d'oreilles, de céphalalgie continuelle, de palpitations et de tous les symptômes d'un état anémique bien caractérisé. Cet état persistait encore, et au même degré, à l'âge de neuf ans, quand l'enfant fus mis à l'usage du chocolat ferrugineux, de l'eau de Passy gazeuse, d'une infusion de quinquina; joint à une alimentation tonique, prise sous l'influence du séjour prolongé à la campagne. Quelques semaines de ce traitement, suivi avec soin, suffirent pour rendre à notre jeune malade toute la fraîcheur et tous les caractères physiques de la santé la plus parfaite.

2e FAIT. — *Cas de chlorose accompagné d'accidents graves, observé chez une femme de trente-huit ans; guérison en trois semaines par les pilules ferrugineuses de Blaud.* — Madame N. était tombée dans une profonde tristesse après la mort de son mari, et, dès cet instant, sa santé avait éprouvé une altération remarquable. Des digestions lentes et laborieuses, accompagnées de bâillements fréquents, de pesanteur douloureuse à l'épigastre, quelquefois de diarrhée, mais le plus souvent de constipation, ne tardèrent pas d'amener de la maigreur et surtout de la décoloration dans tous les tissus; la menstruation diminua sensiblement chaque mois et finit par devenir absolument nulle. Bientôt tous les symptômes d'un état anémique se manifestèrent au plus haut degré.

Lorsque je vis madame N. pour la première fois, le 5 février 1837, elle portait dans tous ses traits l'image de la mort ou l'aspect de la cire. Son pouls était faible et fréquent, sa respiration courte et laborieuse, ses digestions difficiles, incomplètes, toujours accompagnées de coliques et suivies de dévoiement; ses jambes, qui lui refusaient la marche et la simple station, étaient œdématées, et la faiblesse générale était telle, que la malade ne pouvait garder une situation verticale sans être menacée de syncope.

Madame N. prit immédiatement les pilules de Blaud, à la dose de quatre par jour d'abord, pendant six jours; après quoi l'on augmenta, au terme de chaque période de six jours, de deux pilules, jusqu'à la dose maxime de douze par jour, dont quatre le matin, quatre à midi, quatre le soir. On pratiqua en même temps des frictions sur toute la surface du corps avec une flanelle imbibée de teinture de quinquina; on fit usage matin et soir de demi-lavements d'eau de son. Je prescrivis pour boisson la décoction blanche de Sydenham, et pour aliments des gelées de viande et des potages féculeux. A l'aide de ce traitement, la malade recouvra peu à peu les forces et le teint; au bout de quinze jours, il s'était opéré en elle un retour de santé qui tenait presque du prodige. Depuis cette époque, sa santé s'est parfaitement soutenue, et n'a pas souffert la moindre altération.

3e FAIT. — *Cas de chlorose chez une dame de vingt-six ans, par suite de chagrins domestiques; guérison avec les antispasmodiques et les toniques.* — Madame de L., âgée de vingt-six ans, mariée depuis près de huit ans, a offert jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans tous les attributs de la santé la plus parfaite, jointe à une fraîcheur de teint remarquable. Elle a éprouvé deux avant-couches, et conçoit la crainte de ne pouvoir devenir mère; d'autres tourments d'esprit se joignent à ce chagrin, et dès lors elle tombe dans une tristesse profonde. Ses digestions sont laborieuses, accompagnées de tiraillements d'estomac, de bâillements fréquents; elle éprouve en même temps une lassitude continuelle, une céphalalgie temporale et des bourdonnements d'oreilles, qui contribuent surtout à entretenir son état de tristesse. Les règles diminuent chaque mois de quantité, et ne donnent plus qu'un sang aqueux et imparfait. Le teint est devenu tout à fait chlorotique. Des sangsues avaient été appliquées d'après l'avis d'un médecin que l'on avait consulté à mon insu, et avaient surtout augmenté la décoloration et la faiblesse. Lorsque je vis la malade pour la première fois, sa figure avait exactement l'aspect de la cire. Elle fit immédiatement usage des pilules ferrugineuses de Blaud, à la dose de quatre par jour d'abord, deux le matin, deux le soir; on augmenta la dose d'une pilule tous les trois jours, jusqu'à celle de douze pilules. Mais la malade avait repris sa fraîcheur et sa santé naturelle avant d'arriver à cette dose définitive, et le traitement ne fut continué pendant quelques jours à doses décroissantes, que pour éviter le retour des mêmes accidents.

4e FAIT. — *Cas de chlorose à l'âge de neuf ans.* — Mademoiselle Aline L.... a joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de neuf ans; elle habite l'un des quartiers les plus sains de Paris, et dans une maison qui, exposée au midi, offre toutes les con-

Digitized by Google

ditions possibles de salubrité. Née de parents très-sains, et jouissant de tous les avantages de la fortune, entourée de tous les soins qu'inspire une sollicitude maternelle aussi tendre qu'éclairée, mademoiselle Aline éprouve toutefois, et sans qu'il soit possible de leur assigner une cause, des dérangements sensibles dans sa santé, et notamment de la faiblesse, des palpitations, de l'anorexie, de la constipation ; bientôt sa peau se décolore, ses cheveux tombent, la céphalalgie est presque continuelle et s'accompagne de sifflements d'oreilles et d'étourdissements. La progression devint de plus en plus pénible, la respiration plus courte et plus laborieuse. Cette série de symptômes persiste et s'accroît d'autant plus que mademoiselle Aline se refuse pendant plusieurs mois au traitement ferrugineux que nous lui conseillons. On a recours à peu près sans succès à l'influence de l'air de la campagne, aux boissons amères, au régime tonique. Enfin, après un long état de souffrances dans lequel la santé est complétement détériorée, on parvient à lui faire prendre les pilules ferrugineuses de Valette, à la dose de quatre par jour d'abord, puis de six au bout de huit jours, et ensuite de huit au bout de quinze jours. Mais ce qui est bien remarquable, c'est l'amélioration sensible qui se manifeste après quarante-huit heures de ce traitement, amélioration telle qu'on a peine à l'attribuer uniquement à la faible quantité du médicament employé. Chaque jour le teint acquiert plus de coloris et de fraîcheur, les forces augmentent, la marche devient plus facile, l'appétit plus prononcé. Quinze jours suffirent à l'entier rétablissement de la jeune malade, qui ne continua le remède, à doses décroissantes, que pour se mettre plus sûrement à l'abri de toute rechute.

5ᵉ FAIT. — *Cas de chlorose à vingt-neuf ans.* — Le 3 septembre 1839 est entrée dans la salle Ste-Madeleine, de la Charité, service de M. Bouillaud, la nommée Adèle Loève, âgée de vingt-neuf ans, cuisinière, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, cheveux châtains. Elle ne voit plus depuis quatre mois, attribue sa maladie aux événements de mai, et se plaint depuis ce temps de défaillance, de tournoiement de tête et de tiraillement d'estomac, qui la forcèrent à entrer dans le service de M. Fouquier, il y a quelques mois. Là, on lui fit une saignée du bras et une application de quarante-huit sangsues, tant aux cuisses qu'à l'anus. Il est à noter que précédemment à son entrée à l'hôpital, cette fille ne se nourrissait que de légumes.

Aujourd'hui, 4 septembre, cette fille présente les mêmes symptômes de défaillance, de tournoiement et de tiraillement d'estomac ; la peau du visage est blême, décolorée ; la partie dorsale des mains est d'un blanc mat, sans aucune trace de veines superficielles. Il existe un écoulement leucorrhéique. Le cœur bat avec violence au moindre effort ; les pieds sont œdématiés le soir. Matité précordiale normale, on entend un bruit de souffle circonscrit à l'orifice aortique, ainsi que le bruit de diable dans les carotides droites, dans la position couchée, et persistant dans la position assise.

Diagnostic.—Chlorose, aménorrhée, leucorrhée. — *Traitement.* Un pot d'eau de Spa, six pastilles de chocolat ferrugineux ; demi d'aliments, côtelette. Les jours suivants, 5, 6, 7, 8, point de changement appréciable.

Le 10, la malade se sent un peu soulagée, plus forte, moins sujette à ses défaillances, la leucorrhée continue ; le bruit de souffle diminue un peu dans le cœur et dans les artères. Continuation du traitement.

Le 12, les douleurs d'estomac ont cessé ainsi que l'enflure des pieds. Le bruit de souffle du cœur et des carotides se fait à peine entendre. Traitement *ut supra.*

Le 13, le mieux continue.

Le 14, convalescence bien établie. La malade reste encore quelques jours à l'hôpital, malgré sa complète guérison.

6ᵉ FAIT. — *Cas de chlorose dans la grossesse.* — Madame G., arrivant de Mexico, où elle est née, mariée depuis quatre ans, et déjà mère de trois enfants, jouissant d'ailleurs d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, éprouve au troisième mois de sa quatrième grossesse, après deux ans de séjour à Paris, des signes non équivoques de chlorose, tels que faiblesse musculaire, fatigue extrême au moindre exercice, pâleur générale, céphalalgie temporale avec sifflement des oreilles, palpitations fréquentes, œdématie des extrémités inférieures, etc.

Madame G., qui dans ses précédentes grossesses a dû subir la coutume du pays, qui est de saigner chaque mois les femmes enceintes, attribue son état de souffrance au sang et redemande avec instances d'être saignée. Dans l'impossibilité de se refuser à ses pressantes et continuelles exigences, on lui pratique une saignée de deux palettes, au plus. Mais les accidents précités s'accroissent d'une manière notable, et l'on a recours aux préparations de fer (pilules de Blaud), qui amènent en très-peu de temps une amélioration sensible, et finissent par triompher de la maladie avant le terme ordinaire de la grossesse. Depuis cette époque, l'accouchement s'est fait d'une manière heureuse, et madame G. conserve une santé parfaite.

7ᵉ FAIT. — Madame Philippe, âgée de vingt-trois ans, avait éprouvé dès les premières semaines de sa grossesse de vives douleurs d'estomac, accompagnées de vomissements presque continuels. Des bains tièdes, des sangsues à l'épigastre, un emplâtre de thériaque opiacé, avaient été successivement appliqués sans être suivis d'aucune amélioration. On re-

Digitized by Google

marqua au contraire un affaiblissement général, avec décoloration de tous les tissus, puis une infiltration des extrémités inférieures qui obligeait la malade de garder le lit.

La grossesse fut mise en doute jusqu'au cinquième mois de la suppression ; mais les mouvements de l'enfant, joints au développement que le ventre avait acquis à cette époque, ne laissèrent plus aucun doute à cet égard.

Madame Philippe fut mise à l'usage des pilules de Blaud, et commençait à recouvrer peu à peu le teint et les forces qu'elle avait complétement perdus, lorsqu'elle fut prise, vers le sixième mois de sa grossesse, de douleurs d'enfantement, qui se terminèrent par une avant-couche.

Depuis cette époque, la santé de madame Philippe s'est parfaitement rétablie.

EXEMPLES DE CHLOROSE CHEZ L'HOMME.

8ᵉ FAIT. — *Jeune homme de onze ans atteint d'anémie par suite de fièvre tierce; retour fréquent des accès malgré le sulfate de quinine ; guérison définitive par l'usage des préparations de fer.* — Eugène L., âgé de onze ans, né de parents sains, mais dans des conditions peu aisées de fortune, et habitant un séjour humide, a éprouvé souvent des accès de fièvre tierce, qui ne cédaient au sulfate de quinine que pour reparaître après quelques semaines ou quelques mois, pendant lesquels il demeurait pâle, chétif, et dans un véritable état anémique. Il était d'ailleurs tourmenté de palpitations fréquentes, de douleurs de tête habituelles, de tristesse et d'anorexie complète. Lorsque je fus consulté, malgré l'examen le plus scrupuleux de l'enfant, je ne découvris aucun organe spécialement affecté, mais toute une constitution appauvrie, détériorée. Le pouls était fréquent, la peau sèche et comme étiolée, la langue muqueuse et jaunâtre. Le moindre exercice était accompagné de suffocations et de palpitations. Le malade fut mis immédiatement à l'usage d'une poudre composé de

Sous-carbonate de fer. . ℥ ij.
Quinquina en poudre. . ℥ j.

A prendre par paquets de neuf grains, matin et soir.

Il buvait comme tisane, et à l'heure des repas, de l'eau ferrée ; et sa santé se rétablit graduellement de la manière la plus satisfaisante, après environ six semaines de traitement.

9ᵉ FAIT. — *Cas de chlorose à quarante-cinq ans.* — Le 19 septembre 1839 est entré à l'hôpital de la Charité, service de M. Bouillaud, Jean-Baptiste Petit, âgé de quarante-cinq ans, doreur sur métaux, d'une constitution détériorée, d'un tempérament lymphatique; ayant séjourné trois ans en Afrique, où il fut atteint de fièvres intermittentes et de dysenterie.

Depuis un an, il éprouve un peu de gêne à l'épigastre ; cependant son appétit s'est conservé, il n'y avait point de trouble dans les digestions. Il y a trois mois qu'il a été obligé de cesser ses occupations; ce n'est que depuis cette époque qu'il éprouve de la gêne dans la respiration et des essoufflements en montant un escalier, sans palpitations. Céphalalgie continuelle. Son appétit a diminué, et depuis cette époque, il éprouve un peu de dévoiement. Il y a quinze jours, il est entré à la Pitié, où on lui a mis un vésicatoire volant sur l'épigastre.

État actuel. — Teinte pâle du visage, matité du cœur normale, bruits normaux, 60 pulsations, pouls petit, veines superficielles des extrémités supérieures, du dos de la main surtout, affaissées, peau fraîche, bruit de souffle dans les artères du cou à droite.

Diagnostic. — État chloro-anémique bien caractérisé, entéro-colite bronchique sur un sujet exténué par des maladies antérieures.

Traitement. — Eau de Spa, un pot ; pastilles de chocolat ferrugineux, six ; la demi-côtelette.

Le 20, trois selles depuis hier, composées en grande partie de glaires ; peu de chaleur ; 56 pulsations ; pouls médiocrement développé, flasque ; matité du cœur normale; persistance du souffle contenu dans la carotide droite, surtout dans la position assise. Langue bonne ; ventre peu ballonné, souple, un peu sensible vers la région épigastrique; un peu de gargouillement dans le flanc droit ; la résonnance du poumon et la respiration bonnes en avant et en arrière. — *Traitement :* un pot d'eau de Spa, cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, demi-lavement avec de la gomme et de l'amidon, potion gommeuse avec douze gouttes de laudanum ; lait, deux tasses ; deux bouillons ; crème de riz.

Le 21, encore quatre selles de matières glaireuses. Traitement *ut supra.*

Le 22, persistance du dévoiement. Même prescription que la veille.

Le 23, pas de dévoiement. Continuation de la prescription d'hier.

Le 26, recrudescence des évacuations alvines, mêlées de quelques ténesmes : on suspend l'eau de Spa. Eau de riz avec sirop de coings, deux pots ; potion gommeuse.

Le 27, encore deux selles glaireuses, mais sans ténesmes ni traces de sang ; peau de chaleur modérée, pouls peu développé, 64 pulsations. Traitement *ut supra.*

Le 28, deux selles sans coliques. Même prescription, un huitième d'aliments.

Le 1ᵉʳ octobre, peau chaude, encore trois selles de même nature.

Le 11, continuation du dévoiement : eau de riz

Digitized by Google

avec sirop de coings, deux pots, avec un gros de cachou; un huitième d'aliments.

Le 13, le dévoiement a cessé, mais des vomissements deux ou trois heures après avoir mangé; matières composées en grande partie d'aliments. Eau de Seltz, vésicatoire sur la région épigastrique, deux soupes.

Le 14, le malade sort.

10e FAIT. — *Symptômes de chlorose chez un jeune homme de vingt ans* (observation recueillie par M. le docteur Tanquerel-Desplanches). — Le 7 juin 1837 est entré à l'hôpital de la Charité, salle St-Ferdinand, n° 5, le nommé Charles Lecuyer, âgé de vingt ans, d'une taille de 5 pieds 2 pouces, bien constitué, d'un embonpoint médiocre, ayant eu autrefois les chairs fermes, lesquelles sont un peu flasques aujourd'hui, mais habituellement d'un teint pâle et ayant la peau blanche sur tout le corps. Cordonnier depuis l'âge de quatorze ans, il a toujours été bien nourri, à l'exception d'un espace de six mois durant l'été de 1831, où il vécut au milieu des plus grandes privations, couché très-souvent dans les champs, ne vivant presque uniquement que de pommes de terre ou de fruits, n'ayant que bien rarement du pain, et mangeant quelquefois de la viande de cheval. Il mène d'ailleurs une vie régulière, ne faisant d'excès d'aucun genre.

Bien portant depuis son jeune âge, il n'a jamais fait de maladie qui l'ait obligé à s'aliter, autre que la maladie actuelle : mais il a toujours eu l'haleine courte, et il a constamment éprouvé des palpitations intermittentes développées par l'action de monter, une marche un peu rapide, une émotion morale même légère, palpitations qui s'accompagnaient d'un sentiment d'oppression derrière le sternum, et duraient un quart d'heure environ. Le sommeil aussi était agité d'habitude par des rêves, et fréquemment interrompu par des réveils en sursaut ; de plus le malade était sujet à perdre facilement connaissance ; mais il n'a jamais eu d'œdème aux membres inférieurs, jamais d'hémoptysies ; il n'est point sujet aux rhumes. D'un appétit variable, et du reste habituellement constipé, n'ayant de selle que tous les trois ou quatre jours.

Sa maladie actuelle remonte du 20 au 25 mai environ. Le lendemain d'un jour où il avait fait une course longue et fatigante, il éprouva de la céphalalgie, de la courbature, quelques frissons, lesquels persistèrent encore quelque temps; il y eut augmentation de la soif et perte de l'appétit. Obligé de se coucher, il ressentit des palpitations plus violentes, toujours par intervalles, et une oppression continue plus prononcée qu'à l'ordinaire et plus forte la nuit que le jour, sans toux ni crachats. Ces symptômes persistant avec de grandes variations d'intensité, le malade se rendit à l'hôpital environ quinze jours après le début, n'ayant fait d'autre remède jusqu'alors que la diète, le repos, de la tisane d'orge et de chiendent, et une saignée du bras trois jours avant son entrée.

Le 8 juin, il est dans l'état suivant : décubitus préféré à droite depuis qu'il est malade ; coloration générale pâle des téguments ; palpitations par intervalles, accompagnées d'un sentiment d'oppression derrière la partie antérieure de la poitrine, plus prononcée du côté gauche ; sommeil lourd, agité ; du reste, pas d'œdème aux membres inférieurs, pas de toux ni de crachats; le malade n'éprouve pas non plus de faiblesse ni de langueur, mais sa dyspnée habituelle est un peu plus prononcée qu'à l'ordinaire; l'appétit est presque nul, la soif assez grande, et sa constipation habituelle persiste; il n'y a, du reste, aucun mouvement fébrile prononcé, et les autres fonctions sont dans l'état d'intégrité. La poitrine est sonore partout, à l'exception de la région précordiale, où le son est mat, mais dans une étendue peu considérable ; le bruit respiratoire, n'est point altéré. Les battements du cœur sont légèrement irréguliers, et les bruits forts, avec une impulsion assez prononcée sans accompagnement du bruit anormal autre qu'un léger bruit de souffle correspondant au premier bruit du cœur. Un bruit de souffle manifeste se fait entendre aussi dans les artères. On prescrit eau gommeuse sucrée, vingt-cinq sangsues à l'épigastre et la diète.

Les piqûres des sangsues fournissent beaucoup de sang; elles coulent en partie jusqu'au lendemain matin.

Le 9, le malade est extrêmement pâle, les lèvres décolorées, les défaillances imminentes, dès qu'il essaie de se lever.

Ces phénomènes diminuent graduellement les jours suivants ; mais le teint du malade reste pâle ; ses lèvres sont encore peu colorées, par moments presque blanches; les palpitations et l'oppression reviennent toujours par intervalles. Il ne survient d'ailleurs ni bouffissure de la face, ni œdème des extrémités. Au bout de cinq jours, on commence à donner quelques soupes, en augmentant ensuite progressivement la quantité des aliments.

Environ huit jours après son entrée, on lui administre le sous-carbonate de fer à la dose de quatre grains. Le malade ayant éprouvé des coliques, on les interrompt au bout de trois jours, et on administre quelques préparations de digitale, soit la poudre sous forme de pilules, soit la teinture dans une potion antispasmodique, qu'il continue pendant neuf jours. Cependant, les phénomènes précités persistent toujours et d'une manière intermittente ; les palpitations reviennent par intervalle, on les constate presque tous les matins. Dans ces moments, les battements de cœur sont énergiques, accélérés, avec une impulsion marquée; les bruits

Digitized by Google

sont forts, le premier surtout, qui offre un timbre *métallique*; parfois aussi, il s'y joint un très-léger bruit de souffle. A chaque examen, on constate aussi un bruit de souffle très-évident dans les carotides. Le 3 juillet, on lui donne du sulfate de quinine, à la dose de douze grains, administré jusqu'au 7 juillet inclusivement. Cette médication n'ayant exercé aucune influence sur les phénomènes intermittents précités, on revient, le 8, au sous-carbonate de fer donné à la dose de vingt-quatre grains le premier jour, et de trente-six les jours suivants. Cette médication hâte l'amélioration de l'état général, amélioration qui avait déjà commencé depuis les premiers jours de juillet; les palpitations aussi diminuent d'intensité et se prolongent moins longtemps, mais l'oppression persiste.

Le malade ayant eu du dévoiement à la troisième dose, on interrompt de nouveau le sous-carbonate, et, depuis lors, les palpitations ont repris un peu plus d'intensité; du reste, l'état général de la santé du malade est bon, et il sort de l'hôpital le 17, conservant encore des palpitations intermittentes, avec les mêmes phénomènes d'auscultation que précédemment; un très-léger bruit de souffle dans les *carotides*, de l'oppression et une pâleur assez prononcée des téguments, mais bien portant sous tous les autres rapports.

11e FAIT. — *Chlorose chez un homme de cinquante-cinq ans, par suite de chagrins domestiques; guérison par les préparations de fer.* — M. Chaumette, après avoir éprouvé de grandes pertes de fortune, était tombé dans une profonde mélancolie, qui fut bientôt suivie de troubles généraux de la santé. Ses digestions étaient lentes et pénibles, accompagnées de bâillements et d'éructations fréquentes; ses forces s'affaiblirent de jour en jour au point de ne plus pouvoir soutenir le moindre exercice sans éprouver au plus haut degré le sentiment de la fatigue. La moindre progression sur un plan ascendant était une cause constante de palpitations, d'oppression et de suffocation. Toute la peau du corps avait pris une teinte jaune paille comparable à celle de la cire. Les lèvres, les gencives, la langue, les caroncules lacrymales, en un mot tous les tissus rouges de l'économie étaient frappés de cette décoloration. Ce qui tourmentait surtout le malade, c'était des palpitations fréquentes jointes à une céphalalgie *pulsative* de la région temporale, avec des bourdonnements d'oreilles continuels. Il était depuis quelque temps en traitement pour une affection organique du cœur lorsque je le vis pour la première fois; et cela, par suite de l'éloignement du médecin qui lui avait donné des soins jusqu'à cette époque. Indépendamment des phénomènes précités, je fus surtout frappé des désordres de la circulation. Le cœur, l'aorte et les carotides offraient à la simple application de l'oreille un bruit de souffle des plus prononcés, et qui avait bien pu en imposer pour une affection organique du cœur.

Toutefois, l'absence de signes positifs de lésion organique, l'insuccès du traitement, et plus encore l'état de faiblesse générale et de décoloration absolue du sujet joint au peu d'espoir de le conserver, me déterminèrent à tenter un traitement anti-chlorotique.

Le malade prit chaque jour d'abord six pilules de Blaud, et l'on augmenta graduellement la dose d'une pilule par jour jusqu'à celle de quinze, qui en fut le terme. Il prenait, en outre, de l'eau gazeuse de Spa avec addition de vin blanc à l'heure des repas, qui se composaient de gelées animales, de potages gras, de viandes rôties, etc. En peu de jours une amélioration notable se fit sentir et donna bientôt des espérances de guérison que nous n'avions pu d'abord concevoir. Au bout de deux mois environ, M. Chaumette avait recouvré son teint, sa force et sa santé.

12e FAIT. — *Autre cas de chlorose essentielle dans l'homme.* — Vers le milieu du mois d'août dernier, un jeune soldat qui sortait de l'hôpital du Val-de-Grâce fut amené à la clinique de la Charité devant le professeur Bouillaud, qui, au premier aspect du malade, diagnostiqua une chlorose. En effet, ce jeune homme, dont le teint était exactement celui de la cire, avait de l'essoufflement au moindre exercice et surtout quand il montait un escalier. Un bruit de souffle bien manifeste avait lieu dans le cœur et les artères carotides. Néanmoins le volume du cœur était normal, et rien n'indiquait aucune lésion de cet organe ni d'aucun appareil organique de l'économie. Le malade fut mis aussitôt à un traitement ferrugineux; mais, ce traitement n'ayant point été suivi à l'hôpital, il ne nous a pas été possible d'en connaître les résultats.

13e FAIT. — *Autre exemple d'anémie chez un sujet adulte.* — M. L. avait été atteint dans le courant de mai 1836, à la suite d'un long séjour dans un lieu humide, de plusieurs accès de fièvre intermittente tierce. Depuis cette époque, il avait éprouvé successivement de la faiblesse musculaire, de la lenteur dans la digestion, de l'oppression par le moindre exercice, des palpitations fréquentes, des sifflements d'oreilles, une céphalalgie temporale, et enfin tous les symptômes d'un état anémique bien prononcé.

L'exploration la plus attentive faite en présence de MM. Delens, Roche et Cruveilhier, n'avait découvert aucune trace de lésion organique dans aucun des appareils de la respiration ni de la circulation, et l'on fut d'avis unanime d'avoir recours à un traitement anti-chlorotique qui justifia bientôt l'opinion que nous nous étions formée sur la nature

Digitized by Google

de la maladie. Le malade fit usage des préparations ferrugineuses combinées avec l'extrait d'aloès, d'eau minérale gazeuse de Passy, et d'un régime alimentaire essentiellement tonique. Après environ un mois de ce traitement, la plupart des accidents disparurent. M. L. reprit de la fraîcheur, de l'embonpoint, et tous les caractères physiques de la santé.

Toutefois, M. L. ne devait pas jouir longtemps du succès de son traitement ni des avantages de sa santé. Au bout de quelques mois, il se manifesta chez lui de nouveaux désordres organiques digestifs, et, cette fois, ils furent accompagnés de sensibilité à l'épigastre, surtout à la pression, d'expuition fréquente de salive, d'amaigrissement rapide, de fièvre et autres symptômes propres à dénoter une lésion organique profonde.

Plusieurs exutoires appliqués sur l'épigastre, des bains alcalins, des eaux minérales de même nature, ne firent que retarder le terme de la maladie, et M. L. succomba après plusieurs mois de cette rechute.

Quelle que soit la liaison qui ait pu exister entre la première affection et les symptômes qui ont amené la fin funeste de la dernière maladie, il est évident que l'état chlorotique n'était pas tellement sous la dépendance de l'affection organique qui a été signalée en dernier lieu qu'il n'ait pu céder assez promptement à un traitement ferrugineux. M. L. a été rendu, pendant plusieurs mois, à la santé, à toutes ses habitudes de travail, et rien ne pouvait faire craindre un retour de maladie pendant cette période de temps.

Voici, d'ailleurs, d'autres faits qui pourront également prouver qu'une lésion organique concomitante d'un état chlorotique n'empêche pas, autant qu'on pourrait le penser, le succès des préparations ferrugineuses dirigées spécialement contre ce dernier phénomène pathologique, quelle que soit sa relation de causalité avec la lésion organique elle-même.

14ᵉ FAIT. — Madame V...., âgée de vingt-huit ans, éprouvait depuis plusieurs mois une douleur sourde et profonde à la région hypochondriaque droite. Ses digestions étaient à la fois lentes et douloureuses, accompagnées d'éructations fréquentes et quelquefois même de vomissements. A ces symptômes locaux succédèrent la pâleur, l'amaigrissement, de la toux, de l'oppression, des palpitations et de fréquentes syncopes.

En examinant l'abdomen, on découvre au point douloureux, correspondant à l'hypochondre droit, une tumeur débordant de plusieurs pouces les fausses côtes du même côté. Cette tumeur est dure, rénitente, douloureuse à la pression. Les urines sont le plus ordinairement alcalines, et il existe parfois sur la peau une légère teinte ictérique que l'on distingue facilement de la teinte chlorotique habituelle.

La malade éprouve d'ailleurs une telle faiblesse musculaire qu'elle se condamne à une immobilité presque complète. La seule position verticale lui donne des palpitations et des accès d'oppression, qui l'obligent à rester presque constamment dans une situation horizontale. La menstruation ne donne plus qu'un sang séreux et incolore qui coule à peine quelques heures chaque mois.

Dans un tel état, et malgré la circonstance de l'induration du foie qui accompagne l'affection anémique, nous conseillâmes le traitement antichlorotique, c'est-à-dire les pilules de Blaud, qui furent administrées immédiatement à la dose de quatre par jour d'abord, puis de six au bout de cinq jours, et enfin de huit au bout de dix jours. La même amélioration se manifesta aussi promptement que dans les cas précédents, et madame V... avait, en moins d'un mois, recouvré une santé parfaite. La tuméfaction du foie avait elle-même diminué d'une manière sensible, et les eaux de Vichy prises à l'intérieur et en bain vinrent consolider une guérison qui s'est parfaitement soutenue depuis cette époque.

De toutes les causes organiques capables de donner lieu à l'état chlorotique, je n'en connais pas de plus puissante que la présence d'hydatides dans la substance du foie. Les faits suivants, qui témoignent de cette vérité, prouvent aussi que dans ce cas même les préparations ferrugineuses ne sont pas complétement inefficaces.

15ᵉ FAIT. — Le portier du nº 12 de la rue des Fossés-Montmartre éprouvait, de temps en temps, des accès de fièvre intermittente, qui cédaient ordinairement à des doses de sulfate de quinine. Néanmoins il s'affaiblissait d'une manière sensible, et son teint se décolorait chaque jour au point d'acquérir en peu de temps l'aspect de la cire. Il y avait en même temps de l'oppression, des palpitations, surtout par le moindre exercice ; les urines étaient rares, la constipation des plus opiniâtres. Le malade se plaignait d'une douleur sourde et habituelle à l'hypochondre droit, d'une toux fréquente et opiniâtre avec des accès de suffocation dans toute situation horizontale pendant la nuit, qu'il passait le plus ordinairement dans l'insomnie. L'auscultation ne donnait aucun résultat positif du côté de la poitrine, mais le foie avait acquis un développement remarquable dans tous les sens, de manière à refouler le poumon en haut, à rendre la respiration très-laborieuse dans certaines positions, et à déborder les fausses côtes de plusieurs pouces du côté de l'abdomen.

Il était évident que l'état anémique ou chlorotique du malade était lié à une affection organique du foie de nature au moins équivoque, mais à laquelle il n'était guère permis d'opposer quelque moyen effi-

Digitized by Google

cace. Toutefois, nous conseillâmes les préparations de fer unies au savon et à l'aloès, que le malade prit à dose laxative pendant environ quinze jours ; il prenait, en outre, de l'eau de Passy gazeuse additionnée de vin blanc, et l'on pratiqua sur toute l'étendue de la région du foie des frictions stibiées qui produisirent une éruption considérable de pustules et parurent amener quelque réduction dans la tumeur et quelque amélioration dans l'état général du malade. Ce traitement fut continué pendant environ un mois, après lequel le malade était sensiblement mieux, avait repris des forces, du teint et de l'appétit, et put enfin entreprendre sans difficulté, avec l'espoir d'achever sa guérison, le voyage d'Auvergne, son pays natal.

J'ignore, depuis plus de deux ans qu'il a quitté Paris, quel a été le sort du malade; mais ce qui reste évident pour moi, c'est le succès d'un traitement anti-chlorotique, même dans le cas de lésion matérielle bien constatée des organes d'hématose.

S'il était permis de déterminer *à priori* la nature d'une telle lésion, je ne serais pas éloigné d'admettre l'existence d'hydatides chez ce malade, ainsi que chez le sujet de l'observation 13.

Ce qui permit d'admettre cette supposition, c'est *la concordance* parfaite de symptômes observés chez *ces deux malades* avec ceux observés dans des cas d'*hydatides* constatés par l'autopsie. En voici surtout un exemple remarquable :

16ᵉ FAIT. — Le portier de la rue des Singes, n°3, était depuis plusieurs années dans un état de décoloration complète avec oppression habituelle, faiblesse musculaire, lassitude continuelle et tendance à la syncope. Les digestions étaient lentes et douloureuses, la défécation rare et difficile ; il se plaignait de palpitations fréquentes, d'une céphalalgie opiniâtre et de bourdonnements d'oreilles.

On avait accusé tour à tour une affection organique du cœur, une hydro-péricarde, une hépatite chronique, etc., et des médications spéciales avaient été successivement dirigées contre chacune de ces prétendues affections, et toujours sans aucun résultat favorable.

Le malade, qui n'avait pas interrompu d'une manière absolue ses occupations, se sentit défaillir un matin, vers sept heures, au moment où il balayait le devant de la maison, et tomba sans connaissance. Transporté immédiatement dans son lit, il expira presque aussitôt.

L'autopsie fut faite le lendemain en présence de M. *Deschamps*, qui avait donné des soins au malade, de M. Patissier et de moi. En voici les circonstances les plus remarquables : amaigrissement du corps peu sensible, commencement d'infiltration aux extrémités inférieures, peau couleur de cire, ventre distendu par des gaz, épigastre tuméfié et rendant un son mat à la percussion. Thorax parfaitement sonore dans toute son étendue, excepté à la partie inférieure du côté droit où la percussion rend un son mat jusqu'à sa moitié inférieure.

Le cœur, le poumon, les plèvres ne présentent aucune trace de lésion matérielle, mais offrent une décoloration remarquable avec un premier degré d'atrophie. Les cavités pleurales et celle du péricarde contiennent une plus grande quantité de liquide que dans l'état normal. A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons les intestins baignés par une certaine quantité de liquide séreux, environ une livre, sans altération organique. Le foie fait une saillie considérable dans l'abdomen, recouvre presque en entier l'estomac et le colon transverse. Sa couleur, comme celle de tous les tissus, est d'un blanc grisâtre. Une simple section de sa membrane externe fait jaillir au dehors une énorme masse d'hydatides, dont le volume varie depuis un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de poule; chaque section pratiquée dans l'épaisseur du foie donne également lieu à une nouvelle issue de masses hydatiques. Toute la texture de l'organe en est pour ainsi dire farcie, au point qu'il devient impossible d'en calculer le nombre, et que l'on peut tout au plus en évaluer le poids, qui est de sept à huit livres.

Les deux observations suivantes, rapportées par M. Cruveilhier dans son article *Acéphalocystes* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, sont encore des témoignages propres à prouver cet effet remarquable de la présence des hydatides dans le foie comme cause d'anémie.

17ᵉ FAIT. — Un homme ressent, après un ancien choc à l'hypochondre, une douleur avec tuméfaction du même côté, accompagnée d'une fièvre intermittente quotidienne. Son teint est *pâle*, ses digestions laborieuses, ses jambes infiltrées. Sa santé se détériore graduellement, et après quelques années de souffrances il meurt dans le marasme.

A l'ouverture, on trouve le poumon droit refoulé jusques au-dessus de la troisième côte; le grand lobe du foie était converti en un énorme kyste contenant cinq litres de liquide limpide, et un litre environ de liquide trouble d'apparence laiteuse; des débris nombreux s'étaient réunis au fond du kyste et formaient une masse plus volumineuse que le poing (acéphalocyste solitaire); tous les autres organes étaient sains.

18ᵉ FAIT. — Un chantre, âgé de trente et un ans, se présente à la clinique de M. Andral dans l'état suivant : teinte *jaune verdâtre* de la peau, marasme, sentiment d'embarras plutôt que de douleur dans l'hypochondre droit, l'exploration n'y fait découvrir aucune tumeur ; l'appétit est naturel ; l'abdomen est souple et indolent, les urines rouges et rares, les selles libres ; mais au bout d'un certain temps, dysp-

Digitized by Google

née et tous les symptômes d'une pneumonie à laquelle le malade succombe.

A l'ouverture, on trouve, indépendamment des traces d'une pneumonie aiguë, deux kystes acéphalocystes dans l'épaisseur du foie, et deux autres kystes dans la substance de la rate.

Faits chimiques.

Il importait aussi de déterminer les altérations de quantité et de qualité que le sang peut subir dans la chlorose, et de fixer les caractères accidentels, physiques et chimiques, qu'il peut acquérir. Or, il suffit, d'une part, de la plus simple observation pour constater un premier fait, savoir : que le sang se trouve dépouillé en partie de son principe colorant; que sa partie cruorique ou fibrineuse y est plus ou moins diminuée, et sa partie séreuse ou albumineuse plus ou moins dominante. Pour apprécier d'une manière plus rigoureuse qu'on ne l'avait encore fait cette différence de proportion entre la partie cruorique et la partie séreuse observée dans les maladies anémiques, nous avons établi par voie de comparaison le volume et la pesanteur relative de l'une et de l'autre, et voici, à cet égard, le résultat de notre examen.

On sait que, dans l'état le plus ordinaire, le sérum est au caillot comme 5 est à 8, proportion qui varie d'ailleurs en raison d'une foule de circonstances hygiéniques et individuelles. Or, nous n'avons pas vu un seul cas d'anémie ou de chlorose dans lequel la proportion du sérum n'excédât pas les sept dixièmes de la masse totale du sang. Dans un cas même, elle en constituait à peu près les neuf dixièmes. Cette surabondance relative de la partie séreuse du sang, jointe à sa plus grande fluidité, explique assez la transparence opaline et l'état œdémateux de la peau, ainsi que le défaut de stimulation de tous les tissus organiques. Sous ce rapport, la dénomination d'hydrohémie qu'on lui a donnée nous paraît très-juste et devoir être consacrée.

La quantité absolue du sang peut d'ailleurs être assez diminuée pour que les tuniques vasculaires en éprouvent un véritable affaiblissement. M. de Lafond, professeur à l'école d'Alfort, a constaté par des expériences nombreuses que, dans l'hydrohémie, le sang est souvent réduit au tiers et même au quart de sa quantité normale. De là probablement le bruit de souffle que l'on observe même dans les artères des membres.

Ainsi donc, il y a évidemment altération de quantité et de qualités physiques du sang dans les maladies chlorotiques.

Nous tenions aussi à nous assurer par voie d'analyse de la proportion relative des éléments constitutifs du sang dans cette maladie, et pour cela, nous nous sommes adressé à l'obligeance et aux lumières de M. Lecanu, qui a bien voulu se charger de faire l'analyse du sang d'une jeune chlorotique atteinte depuis plusieurs jours d'un point pleurétique. En voici le résultat : on sait que, dans l'état normal, le sang offre sur mille parties :

129 parties de globules dans son maximum,
115 parties dans sa quantité moyenne,
68 dans son minimum (Lecanu).

Or, le sang de notre jeune chlorotique a donné les proportions suivantes :

	Dans une 1re analyse.	Dans une 2e analyse.
Eau.	862,40	861,97
Albumine, matières fixes, grasses et extractives.	82,45	86,74
Globules.	55,15	51,29

Ce qui ne fait guère que le tiers du maximum et moitié de la quantité moyenne pour les globules que l'on sait contenir le principe colorant rouge du sang.

Nous nous sommes bien gardé toutefois de conclure de ce résultat, ainsi que l'ont fait d'autres expérimentateurs, que la chlorose et l'anémie consistent dans la déferrugination du sang. Si nous avons démontré par cette analyse une diminution sensible de globules rouges, relativement aux autres parties constituantes du sang, nous n'avons pas établi pour cela la part que le fer prend à la coloration du sang dans l'état de santé; car, malgré toutes les recherches des chimistes modernes, la question reste toujours indécise à cet égard. En effet, bien qu'on ait trouvé dans le sang une certaine quantité de fer (H. Roze, Fourcroy, Berzelius, Vauquelin, Lecanu, Sanson, Félix Boudet, etc.), cela ne prouve pas que ce fluide reçoive sa coloration du fer, d'autant moins que, d'après les expériences de M. Sanson et de Vauquelin, en enlevant au sang la totalité du fer qu'il contient, sa couleur n'en souffre aucune altération. (Caventou, *Bulletin de l'Acad. de méd.*)

Dans les expériences qui ont été faites pour constater l'influence du nerf pneumo-gastrique sur la respiration et la circulation, on a remarqué la *défibrination* et non la *déferrugination* du sang (Dupuis, *id.*).

Ajoutons que ce n'est pas seulement dans la décoloration du sang que consistent les maladies anémiques, mais aussi dans la diminution de quantité, de consistance, de plasticité de ce fluide. Or, si la présence du fer peut rendre le sang plus rouge, elle ne peut pour cela le rendre plus abondant, plus consistant, plus plastique. Et d'ailleurs, si la chlorose consiste seulement dans la diminution du fer comme matière colorante du sang, pourquoi ne se manifeste-t-elle pas indistinctement chez tous les

Digitized by Google

individus qui se trouvent placés dans les mêmes conditions hygiéniques? Pourquoi est-elle si rare à la campagne, si fréquente à la ville? Pourquoi les ouvriers qui vivent dans une atmosphère toute saturée de fer, qui le respirent, l'absorbent par toutes les surfaces pulmonaires, cutanées, gastro-intestinales, sont-ils quelquefois si pâles, tandis que d'autres, qui vivent en dehors de ces influences, et qui se nourrissent presque exclusivement de végétaux, conservent tous les attributs de la vigueur et du tempérament sanguin? Il n'y a donc aucun rapport direct d'éléments chimiques entre les aliments et le sang, de même qu'il n'en existe pas plus entre les médicaments et le sang.

Indépendamment de la promptitude avec laquelle la coloration se rétablit quelquefois chez les chlorotiques qui sont en traitement (48 heures), nous tenons pour certain que le fer est rendu par la défécation dans la proportion même où il a été ingéré par les malades à qui on le prescrit comme anti-chlorotique; ce n'est donc pas dans la présence ou l'absence de ce principe qu'il faut chercher la cause de la coloration ou de la décoloration du sang.

On peut encore opposer à la théorie physico-chimique de la chlorose plusieurs remarques relatives au traitement. Si le fer était la cause naturelle de la coloration du sang, et si son absence était la cause nécessaire de l'état chlorotique, il deviendrait indispensable de traiter cette maladie avec du fer. Sans fer, il n'y aurait plus de salut pour aucun malade. Or, il n'en est point ainsi : on n'a pas toujours eu recours aux préparations martiales, et les chlorotiques qui, depuis des siècles, ont subi l'application des doctrines médicales de leur temps, n'ont pas pour cela été voués à une mort inévitable. On voit tous les jours des malades guérir sans traitement; car il est encore des personnes qui respectent les pâles couleurs comme le prélude naturel de la révolution nubile; et je ne parle pas de ceux qui guérissent malgré les émissions sanguines employées contre l'aménorrhée qui accompagne ordinairement l'état chlorotique. Par conséquent, rien ne justifie la théorie chimique de la coloration du sang, non plus que celle de la chlorose considérée comme conséquence de l'absence du fer dans le sang.

Du reste, tout en reconnaissant la présence du fer dans ce fluide, soit à l'état d'oxyde, soit à l'état métallique, soit à tout autre état, des chimistes avaient déjà abandonné depuis longtemps cette théorie, pour attribuer la coloration du sang à un principe organique animal. Telle fut l'opinion de Wils, de Fourcroy, de Vauquelin, de Brandt, de Berzelius, d'Engelhart, de M. Lecanu, etc. Dans notre opinion, c'était évidemment entrer dans la voie de la saine raison, dans celle du vrai. Mais voici venir un auteur allemand (Carus), dont les recherches microscopiques semblent démontrer que, dans l'état normal, la partie colorante du sang se compose de globules organiques qui se reproduisent avec d'autant plus de facilité, s'agitent avec d'autant plus d'énergie, que le sujet sur qui on les observe réunit davantage les conditions de la force et de la santé (hypérémie).

Dans les maladies chlorotiques ou anémiques, au contraire, ces globules organiques sont moins nombreux, se reproduisent plus rarement, se meuvent et s'agitent plus difficilement, jusqu'à ce que l'équilibre de la santé se rétablisse.

Quel que soit le sort de ces expériences, dont on a entretenu récemment l'Académie de médecine (M. Delens), elles ne prouvent pas que le fer soit la partie colorante du sang, ni que l'état anémique soit la conséquence directe de la diminution de ce principe.

— Que dire maintenant des interprétations si diverses que les auteurs ont données aux faits que nous venons d'exposer pour fonder leur théorie de la chlorose?

Est-il vrai, d'abord, comme le pensent Hippocrate, Baillou, Sydenham, Cabanis, que la chlorose ait son siége spécial, son point de départ nécessaire dans l'appareil utérin, et qu'elle ne soit qu'une conséquence des désordres de la menstruation? Mais les nombreux exemples de chlorose observés chez l'homme, ou se manifestant à toutes les époques de la vie, hors le temps comme pendant la durée de la vie sexuelle, suffisent, ce nous semble, pour renverser une telle opinion.

Sans doute, les organes sexuels, qui partagent avec tous les organes de la vie intérieure l'influence nerveuse ganglionnaire, ne sont point exceptés de l'état de souffrance générale qui accompagne la chlorose, et l'on conçoit que les phénomènes de menstruation ne puissent s'accomplir quand la puissance d'action qui préside à leur exercice demeure plus ou moins frappée d'asthénie; mais rien ne justifie d'ailleurs l'opinion qui place le siége exclusif de cette maladie dans les organes génitaux, comme rien n'établit qu'elle puisse résulter de l'absence de la menstruation; car l'expérience prouve encore chaque jour que la chlorose précède bien plus souvent l'aménorrhée qu'elle ne lui succède, en sorte que s'il existe entre l'une et l'autre quelque relation de causalité, elle ne peut s'effectuer que par l'intermédiaire du système nerveux.

Dire avec Frédéric Hoffmann, Van Swieten, Boisseau, M. Andral, etc., que la chlorose consiste ou dans une altération de composition, ou dans un défaut de qualités stimulantes, ou dans un excès de sérosité du sang, c'est encore énoncer le caractère général de la chlorose sans en exprimer la cause intime ou la nature; car les faits que nous avons

Digitized by Google

signalés comme propres à attester l'influence directe de l'action nerveuse sur la circulation et la sanguification sont encore là pour prouver jusqu'à l'évidence que le sang ne tient ses propriétés physiques, chimiques et vitales que de l'exercice régulier de l'innervation; par conséquent, la chlorose serait encore un effet plus ou moins direct des désordres de cette fonction, sans constituer par elle-même une maladie essentielle.

Des auteurs, notamment Ethmuller et Sauvages, pour avoir vu sans doute la coexistence de l'état chlorotique avec quelque affection organique, ont écrit que cette maladie a nécessairement pour cause un engorgement du foie, de la rate ou de tout autre organe de la vie nutritive; d'autres, tels que Cullen et Gardien, l'ont rapportée spécialement à une phlegmasie chronique de l'estomac. En cela, tous n'ont fait qu'exprimer un fait bien certain, savoir, que la chlorose, quelle qu'en soit la cause intime, peut répandre ses effets dans tous les organes qui reçoivent l'influence de l'innervation ganglionnaire, et dont la lésion n'est plus ordinairement alors que secondaire.

Il est constant d'ailleurs que toute altération organique de la vie nutritive implique quelque désordre de l'innervation : car on ne voit pas pourquoi le système nerveux serait alors excepté de la lésion d'un organe à la texture duquel il participe, et à la vie duquel il préside.

Dire aussi que la chlorose a pour siége organique et pour élément primitif le système nerveux de la vie intérieure, n'est point dire que certaines lésions matérielles des organes d'hématose, du foie, du poumon, du cœur, ne puissent altérer la composition et les qualités du sang, et donner lieu à cette maladie.

D'après les faits que nous avons relatés, nous n'avons plus à répondre à l'opinion des auteurs qui ont cru pouvoir faire servir à l'explication de leur théorie l'interprétation des causes et des symptômes de la chlorose, soit en faisant agir les unes avec une préférence marquée ou sur le sang, ou sur l'appareil sexuel, ou sur l'appareil digestif, ou sur le foie, ou sur la rate, partout, en un mot, excepté sur le principe même de l'hématose.

Quant aux faits thérapeutiques, il n'était pas difficile de les faire concorder avec les théories préconçues de leurs auteurs. Pour expliquer cette décoloration universelle des tissus qui caractérise l'état anémique des chlorotiques, on a trouvé tout simple de dire que le sang était alors dépouillé de son principe de coloration (fer), et tout naturel de le lui restituer par les premières voies. Mais nous croyons avoir suffisamment prouvé que les lois de la physiologie comme celles de la chimie ne se prêtent nullement aux intentions thérapeutiques que l'on a cru pouvoir se proposer dans cette théorie.

Nous croyons donc pouvoir conclure de tous ces faits :

1° Que les maladies décrites par les auteurs sous les dénominations de *chlorose*, *pallidus morbus*, *fœdi colores*, *icteritia alba*, *anémie*, *hydrohémie*, constituent une seule et même affection dont l'identité est suffisamment établie par la similitude de leurs causes, de leurs caractères anatomiques et physiologiques, ainsi que par l'analogie de leur traitement;

2° Que ces diverses formes de la même maladie, qu'il convient d'identifier sous la seule dénomination d'anémie ou d'hydrohémie, ne constituent pas, comme on l'a pensé, une affection directe et essentielle du sang, mais bien un effet d'asthénie nerveuse ayant pour résultat nécessaire une hématose imparfaite, une détérioration de la vitalité propre du sang;

3° Que l'état anémique, ainsi considéré comme étant lié à une affection primitive de l'innervation, nous rend parfaitement raison de la simultanéité des désordres qui s'opèrent dans les divers appareils sensitif, respiratoire, circulatoire, musculaire, digestif, sexuel, etc.;

4° Que le traitement de cette maladie doit être spécialement dirigé contre l'affection nerveuse d'où émanent primitivement les diverses séries de symptômes plutôt que contre les symptômes eux-mêmes;

5° Enfin, que les préparations de fer diversement combinées sont le moyen de traitement par excellence des maladies anémiques, comme elles sont le spécifique le plus certain contre les diverses sortes d'asthénies nerveuses; mais qu'au lieu d'agir directement sur le sang, elles ne modifient ses qualités physiques, chimiques et vitales que par l'intermédiaire du système nerveux ganglionnaire qui tient sous sa dépendance et les organes d'hématose et les qualités du sang lui-même.

REVUE MÉDICALE. — Décembre 1839.

Observations de cysticerques ladriques du cerveau; communiquées par M. NIVET, D. M., ancien interne des hôpitaux, membre honoraire de la Société anatomique.

OBS. I. — Le 18 septembre 1835 est entré à l'hôpital Beaujon (service de M. Martin-Solon), le nommé François Joret, âgé de 43 ans, demeurant au Pecq, près Saint-Germain. Ce malade dit avoir contracté une pneumonie gauche en 1834. Il a commencé à travailler au blanc de céruse au mois de décembre de la même année. Depuis cette époque il a déjà

Digitized by Google

éprouvé quatre fois la colique de plomb. Sa maladie actuelle a débuté il y a 9 jours par des douleurs vives dans les membres ; bientôt après perte de l'appétit, coliques légères, selles naturelles. Les jours suivants, nausées, coliques vives sans constipation. Le soir de son entrée cet homme offre l'état suivant : la face est pâle, un peu grippée; la sensibilité et la contractilité musculaire diminuées ; la parole traînante ; les réponses nettes et justes; l'haleine est saburrale ; les dents noires; la langue naturelle ; l'épigastre douloureux ; le ventre rétracté. Une seule selle depuis son entrée. Il se plaint d'éprouver de la douleur dans la gorge, une grande faiblesse, des étourdissements lorsqu'il se met sur son séant. Le pouls est naturel (72). (Gomme, lavement émollient.)

Le 19, pendant la nuit, ce malade a été très-agité; il délirait, plusieurs fois il a voulu se lever. Ce matin il se plaint encore d'éprouver des étourdissements, des bourdonnements d'oreille ; l'articulation des mots est lente et difficile. Le pouls conserve toujours le même caractère ; pas de garderobe depuis la veille. (Mauve, julep., ext. de valériane ʒ j, 2 ventouses derrière les oreilles, bain.)

Le 20, le délire et l'agitation ont été plus considérables *que la nuit* précédente ; on a été obligé de maintenir le malade à l'aide de la camisole de force. Ce matin il est plus tranquille ; mais il n'a pas sa raison, le pouls est plus fréquent, peu développé; la constipation persiste peu. (Saignée de 4 palettes, 2 ventouses derrière les oreilles; calomel gr. viij. Mauve, Diète.)

Le 21, le sang de la saignée est séreux, pas de couenne. Aucune amélioration, le délire continue, l'agitation a augmenté. Le purgatif a déterminé de nombreuses garderobes. La peau est moite, le pouls médiocrement fort, plus fréquent (104), les pupilles naturelles ; la sensibilité de la peau est conservée, mais le malade soulève difficilement les bras. (Vésicatoires aux cuisses, séton à la nuque, limonades, glaces sur la tête, diète.)

Le 22, le malade délire, agite continuellement les bras, la sensibilité générale est diminuée. Plus tard, la respiration devient stertoreuse, la bouche est béante, les paupières et l'iris immobiles ; le pouls est filiforme, irrégulier. Le malade reste dans une immobilité complète; il meurt peu d'heures après la visite, le 22 septembre.

Autopsie, le 23 septembre, à 9 heures du matin. — *Tête et rachis*. La pie-mère cérébrale est infiltrée d'une sérosité limpide dont la transparence n'est interrompue qu'en trois ou quatre points dont nous allons parler. En détachant les méninges du cerveau on remarque dans leur épaisseur quatre petits kystes qui sont en grande partie logés dans les anfractuosités du cerveau ; la substance grise n'est pas ramollie ; la substance blanche n'offre aucune altération notable. En examinant avec soin la surface convexe des hémisphères on remarque de petits noyaux indurés, qui ne sont que des kystes semblables à ceux des méninges. Ils sont placés dans l'épaisseur de la substance grise et font un léger relief à la surface du cerveau. Les plus volumineux s'enfoncent un peu dans la substance blanche. Le nombre total des kystes est de 14 ; ils sont disséminés régulièrement à la surface des lobes du cerveau. Le cervelet et la moelle épinière paraissent sains; il existe environ une once et demie de sérosité sous le feuillet arachnoïdien de la moelle. — *Cavité thoracique*. Le péricarde renferme une once de sérosité. Les deux cavités du cœur contiennent des caillots fibrineux. Des adhérences celluleuses anciennes unissent la plèvre pulmonaire gauche à la plèvre costale.

Cavité abdominale.—La face interne du grand cul-de-sac de l'estomac est rouge-brun. La muqueuse stomacale est épaissie dans toute son étendue, mais ne paraît pas ramollie. La face interne de l'intestin grêle est rosée, les plaques de Peyer sont très-apparentes ; mais la muqueuse qui les recouvre n'est ni ramollie, ni ulcérée. La muqueuse du gros intestin est rouge-grisâtre. Les follicules muqueux sont assez volumineux. Le tissu du foie paraît sain. En examinant la face inférieure de cet organe, on reconnaît *que le sillon de la vésicule est vide. Cette poche est remplacée par un ligament fibreux plein*. Les canaux cholédoque et hépatique sont dilatés ; on voit partir du canal cholédoque un petit conduit creusé dans la partie voisine du ligament qui remplace la vésicule, et qui, après un trajet de 4 à 5 lignes, se termine par un cul-de-sac. Nous l'avons regardé comme un vestige du conduit cystique.

Aux renseignements que nous a donnés Joret, nous ajouterons ceux que nous avons recueillis auprès d'un ouvrier qui a longtemps travaillé avec lui. Le malade était adonné à l'ivrognerie ; il a servi comme militaire pendant douze ans, ce qui doit faire penser qu'il n'avait pas d'attaques d'épilepsie à cette époque. Les personnes qui l'entouraient n'ont jamais observé d'attaques; seulement elles se sont aperçues qu'il était d'un caractère bizarre, et que par intervalles ses discours étaient singuliers.

Obs. II.— *Cysticerques ladriques dans le cerveau et les muscles. Attaques rares d'épilepsie. Mort déterminée par un érysipèle du membre pelvien gauche.* — Le nommé Hardy, âgé de 56 ans, dont la profession consiste à abattre des cochons, entre le 15 novembre 1838 à l'hôpital Beaujon, dans un état complet de délire. Une personne qui habitait avec lui depuis 18 ans a donné les renseignements suivants : Hardy était ivrogne, d'un caractère assez gai, sujet depuis nombre d'années à des atta-

Digitized by Google

ques rares d'épilepsie. Il y a quelque temps il fut frappé à la partie antérieure de la jambe gauche par le pied d'un cochon, et fut pris bientôt après d'un érysipèle phlegmoneux qui se développa en ce point et s'étendit en peu de jours à tout le membre pelvien. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il se fit une blessure à la jambe droite avec un couperet.

Le 15 novembre (le soir), délire, agitation, pouls fort, large, fréquent; le membre pelvien gauche considérablement tuméfié, couvert de phlyctènes renfermant de la sérosité grisâtre; dans quelques endroits la peau est dénudée et présente une coloration bleuâtre; une eschare sèche assez large existe à la partie antérieure et interne de la jambe gauche. La sensibilité est presque complétement abolie dans le membre malade. (Saignée de quatre palettes, cataplasmes émollients.)

M. Marjolin fils, interne de la salle dans laquelle se trouvait cet homme, nous a communiqué les détails qui suivent :

Le 16 novembre, on fit sur le membre gauche vingt scarifications qui n'ont occasionné aucune douleur. Il s'écoula de la sérosité et une petite quantité de sang par les incisions faites à la cuisse. Le délire continue, le pouls est irrégulier et fréquent (128), la langue sèche; il s'est formé une eschare sur la fesse gauche. (20 sangsues aux apophyses mastoïdes, limonade, cataplasmes, diète.)

Le 17, le délire persiste, l'agitation a diminué, la langue est un peu humide, l'érysipèle atteint les limites supérieures de la cuisse, l'étendue des eschares est plus considérable, le pouls toujours aussi fréquent. (Infusion de quina, julep avec addition de sirop de quina ℥ j.) Cet homme meurt dans la journée du 17.

Autopsie (le 19 novembre à 8 h. m.). Les sinus de la dure-mère et les veines cérébrales sont gorgés de sang. On trouve dans les méninges ou dans la substance grise des lobes du cerveau huit kystes hydatiques; un seul existe dans l'épaisseur de la substance blanche. Rien de notable dans les ventricules cérébraux. On a rencontré quelques autres kystes dans les muscles iliaque gauche, psoas et les autres muscles des parois abdominales. Poumons sains. Le cœur volumineux; cavités droites remplies de sang; aorte abdominale épaissie; les artères iliaques primitives et toutes les branches qui en naissent jusqu'à la plantaire, ossifiées; les veines iliaques et crurales ne paraissent pas malades. Les vaisseaux lymphatiques superficiels et profonds du membre pelvien gauche renferment du pus; les ganglions inguinaux correspondants en renferment également, mais il n'en existe pas dans les lymphatiques placés au-dessus des ganglions. Les eschares sont desséchées, assez profondes. Le tissu cellulaire infiltré de sérosité trouble. Les viscères de la cavité abdominale n'offrent pas d'altération notable. La rate est volumineuse; son tissu mou.

Voici les caractères communs des cysticerques que nous avons trouvés chez Joret et Hardy.

1° Parmi les kystes, les uns sont placés dans l'épaisseur des muscles, d'autres dans le réseau de la pie-mère, un seul dans l'épaisseur de la substance blanche du cerveau, la plupart se sont développés dans la substance grise des hémisphères.

2° Un kyste celluleux ou cellulo-fibreux, dont l'épaisseur et la densité varient beaucoup, enveloppe le kyste hydatique; tantôt cette première membrane est mince et translucide; tantôt elle est plus épaisse et opaque, mais dans aucune des tumeurs elle n'adhère à la vessie caudale.

3° Le kyste hydatique, qu'on a nommé caudale, est transparent, se déchire avec facilité; on remarque sur l'une de ses faces un point opaque qui marque l'endroit par lequel le cysticerque sort de la vessie caudale. La vessie caudale est remplie d'une sérosité transparente ou légèrement opaline, donnant des flocons blancs lorsqu'on fait bouillir ce liquide; son volume varie entre celui d'un pois et celui d'une noisette. Si l'on ouvre la vessie, on y trouve un petit corps opaque ressemblant à un petit embryon, qui n'est autre chose que le cysticerque rétracté dans la vessie caudale, qui lui fournit une gaîne qui l'enveloppe. Si au lieu d'ouvrir la vessie on la comprime, on fait sortir le corps de l'entozoaire hors du kyste; si la compression est plus forte, on renverse la gaîne fournie par la vessie, et l'on voit que l'animal adhère par sa queue à cette gaîne. Vers l'extrémité libre du cysticerque on aperçoit, en regardant de près, une petite fente par laquelle sort la tête lorsqu'on presse le corps. Si l'on examine au microscope un cysticerque, qui ne tient plus à la vessie caudale que par sa queue, et qui est complétement développé, on voit que son corps est fusiforme, qu'il offre dans toute son étendue des stries ou rides transversales et qu'il se continue sans ligne de démarcation avec le col. Cette dernière partie se termine par un renflement nommé tête sur lequel on remarque quatre éminences nommées suçoirs, *tournées en haut*, et une saillie centrale nommée trompe, de laquelle partent en rayonnant des stries noires qu'on dit être des poils. La longueur des cysticerques que nous avons étudiés était de 4 à 6 lignes, abstraction faite de la vessie caudale.

Il nous reste à signaler les différences que nous ont présentées les cysticerques observés chez Joret et Hardy.

1° Dans les entozoaires de la première observation la trompe est entourée, comme dans les autres, d'une couronne de fibres radiées noires, mais en outre les suçoirs offrent une couleur noire, leur

Digitized by Google

centre seul est transparent ; ils sont moins volumineux que les suivants ;

2° Chez le second malade, les cysticerques présentaient des suçoirs incolores, au centre desquels se remarquait une petite cavité terminée en cul de sac. Il nous a été impossible de découvrir aucun canal dans l'intérieur de la tête ou du corps des cysticerques.

Si nous envisageons ces deux observations sous le point de vue de la symptomatologie, nous verrons qu'*elles* sont plus propres à démontrer combien sont variables les symptômes des cysticerques du cerveau qu'à éclairer le diagnostic de ces tumeurs. Ainsi, tandis que le malade de la deuxième observation présentait des accès d'épilepsie, comme l'un des individus observés par M. Calmeil ; celui de la première observation nous a offert seulement une bizarrerie singulière dans le caractère et des moments de délire passagers. Car je suis porté à attribuer à l'action des préparations saturnines le délire et les accidents cérébraux graves auxquels Joret a succombé. Cependant, la présence des cysticerques a pu favoriser le développement des troubles de l'encéphale, et aggraver la maladie de cet homme. Notons néanmoins *que l'un des malades* de M. Calmeil a offert, quelque *temps avant la* mort, de la tendance au sommeil, *quelques tremblements* dans la mâchoire, du délire, de *l'agitation*, des soubresauts des tendons, sans paralysie.

Si l'on ajoute à ces faits que le malade observé par Brera est mort apoplectique, tandis que celui de M. Louis n'a offert aucun trouble des fonctions cérébrales, on sera obligé d'avouer que dans l'état actuel de la science il est impossible de diagnostiquer les cysticerques du cerveau.

Nous terminerons en signalant une singulière circonstance. Nous voulons parler de l'existence de la ladrerie chez un tueur de cochons, qui a dû se nourrir souvent de cochons ladres, parce que la viande de ces animaux se vend plus difficilement que celle des cochons sains.

L'existence de cysticerques dans le psoas et le muscle iliaque, est un fait qui n'est pas moins remarquable et que nous n'avons pas trouvé signalé dans l'article de M. Calmeil, auquel nous avons emprunté les citations que nous avons faites dans le cours de ce travail (1).

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Décembre 1839.

(1) Dict. de médecine, 1835, art. Encéphale, t. XI, p. 582.
Le cysticerque-ladrique (cysticercus finnus) est une espèce d'entozoaire appartenant au genre cystoïde de Rudolphi ; il se rencontre assez rarement chez l'homme ; mais il est commun chez le porc, et donne lieu à la maladie que l'on désigne vulgairement sous le nom de ladrerie. On a confondu longtemps le cysticerque avec les acéphalocystes et les hydatides. Rudolphi et Fischer en ont indiqué les principaux caractères. Laënnec, dans son mémoire remarquable sur les vers vésiculaires (Mém. de la société de l'école de médecine, 1804), a décrit les cysticerques du cerveau. Chaque animal est renfermé dans un kyste formé de deux couches membraneuses très-distinctes. Il est parfaitement libre et ne peut être confondu avec les acéphalocystes qui présentent sur leurs faces des granulations, des épaississements blancs, et qui sont toujours en nombre assez considérable dans un seul sac. Les deux cas rapportés par M. Nivet sont fort intéressants, tant à cause de la rareté de l'affection dont ils donnent de nouveaux exemples qu'à cause de la précision des détails anatomiques qui ne laissent aucun doute sur le genre de l'espèce d'entozoaires qui existaient dans le cerveau. Le seul animal avec lequel on aurait pu le confondre est le cysticerque dicyste de Laënnec (cyst. dicystus, Laënnec). C'est un ver pourvu de deux vessies assez grandes, l'une constituant la vessie caudale, l'autre située en avant de la première et enveloppant tout le corps. Il n'y avait rien de semblable chez les deux sujets dont l'histoire vient d'être racontée ; ils étaient évidemment affectés de cysticerque, et ce sont là deux observations à ajouter au petit nombre de celles que l'on possédait déjà. (Note des Rédacteurs).

Quelques faits relatifs à l'histoire pathologique de la rage, et à son traitement.

La profonde obscurité qui entoure l'histoire de la rage, sous quelque point de vue qu'on la considère, impose à tous les médecins qui conçoivent leur mission, le devoir de mettre au jour tous les enseignements que peut leur fournir l'expérience. En face de toutes les questions que soulève l'histoire de cette maladie, en présence de tant d'inconnues, aucun fait, si mince qu'il soit, aucune idée, dès qu'elle peut invoquer en sa faveur la moindre analogie, ne doivent être systématiquement repoussés ; car à la solution du problème, quand toutes ces inconnues seront dégagées, vous ne savez point si ce n'est pas ce fait, si ce n'est pas cette idée, qui en définitive auront raison.

Les faits que nous allons succinctement rapporter, comme les inductions les plus immédiates, que nous essaierons d'en tirer, touchent à la triple question de la spontanéité, du mode d'invasion et du traitement de la maladie ; à l'avenir, la solution de ces questions ! mais au présent le devoir de préparer cette solution par la collection scrupuleuse des faits sur lesquels elle devra nécessairement s'appuyer.

Quand on lit avec quelque attention les quelques observations qui ont été rapportées à des époques différentes, pour établir la réalité du développement spontané de la rage dans l'espèce humaine, il est assez difficile de voir dans ces maladies autre chose que des névroses convulsives dans lesquelles quelques phénomènes fortement accusés sont assimilés

Digitized by Google

aux symptômes caractéristiques de la rage; l'imagination, toujours à l'affût des choses qui sortent de la ligne commune, se charge ensuite de colorier le tableau pour rendre la ressemblance plus complète. Nous croyons que c'est sur des faits du même ordre que celui dont nous allons esquisser les principaux traits, qu'on s'est appuyé pour soutenir l'opinion, au moins prématurée, de la spontanéité de la rage chez l'homme; voici ce fait. Un enfant de douze ans, après une incision pratiquée sur un doigt atteint de panaris, et dans laquelle s'écoule une grande quantité de sang, perd complétement connaissance. Cette syncope dure quelques minutes, puis cesse; mais, à partir de cette époque, des syncopes semblables ont lieu à des époques plus ou moins rapprochées, et souvent sans qu'aucune cause provocatrice puisse être soupçonnée. Plus tard, au lieu d'une syncope, ce sont de violentes convulsions qui arrivent. Nous avons été témoin de l'un de ces accès; en voici la description rapide. Tout à coup, après un court instant d'étonnement, les bras et les jambes se roidissent; les yeux, largement ouverts, sont hagards; un mouvement de mâchottement continuel agite les mâchoires, puis brusquement la scène change : on essaie de faire avaler au malade une cuillerée d'une potion antispasmodique; il fait de vains efforts pour avaler ce liquide, et il porte ses mains à son col, qu'il laboure violemment de ses ongles; en même temps, il entre dans une sorte de fureur; on l'abandonne un moment à ma demande : alors, la face fortement crispée et la tête tendue, il saute et bondit sur ses genoux comme un enfant le ferait en jouant sur ses pieds : il se précipite sur un meuble, saisit à belles dents la housse qui le recouvre et la déchire; il pousse des cris en tout comparables à ceux d'un chien, et qui jettent l'épouvante dans l'âme des personnes présentes à cette scène affreuse. Aussitôt deux hommes le prennent pour le fixer sur un matelas étalé au milieu de la chambre; ceux-ci sont obligés de lâcher prise alternativement, le petit malade se jette sur leurs mains, qu'il mord fortement. Cet état dure un quart d'heure, vingt minutes; puis le calme survient, durant lequel le petit malade reste étonné, et crache souvent : quelquefois, il n'y a dans la journée qu'un de ces accès; d'autres fois ils se répètent jusqu'à six ou huit fois, non toujours aussi intenses, non toujours avec les mêmes accidents, mais toujours avec la même physionomie générale. Différents moyens ont été tour à tour employés pour combattre cette singulière maladie, et nous n'avons observé de rémission un peu marquée, qu'après l'emploi de l'indigo (1), à doses progressivement augmentées.

Les seuls symptômes qui, dans cette intéressante observation, rappellent ceux que développe le tétanos rabien, pour nous servir de la dénomination imposée à cette maladie par M. Girard de Lyon, ce sont la dysphagie pendant l'accès, les convulsions qui suivent la tentative d'ingestion d'une cuillerée de liquide, la propension à mordre, et le crachottement fréquent du malade. Pour ce qui est du premier symptôme, on le rencontre quelquefois chez les femmes hystériques; que s'il est rare de le voir se prononcer d'une manière aussi tranchée que dans le cas que nous venons de citer, et surtout de voir les convulsions, les spasmes redoubler en la présence des liquides, c'est qu'aussi bien ce n'est point pendant les accès hystériques qu'on essaie de faire boire les malades : nous sommes bien persuadé que si, chez certaines femmes, chez lesquelles le spasme pharyngien est très-prononcé, on essayait, dans le moment de l'accès même, de faire avaler quelque liquide, on verrait celui-ci violemment rejeté, et peut-être les convulsions augmenter comme nous venons de le noter. Nous connaissons une jeune dame d'un tempérament éminemment hystérique, et que la faible constitution du mari tend encore tous les jours à exagérer, qui, hors même du temps de ses violents accès, éprouve souvent un spasme des plus violents du pharynx; dans cet état, elle ne peut supporter le contact de l'air libre, froid et agité, elle ose à peine boire et manger, tant l'ingestion des aliments et des liquides lui est pénible; elle craint d'étouffer à chaque instant. La simple inspiration de l'éther calme sur-le-champ ces accidents. Quant à la propension à mordre, c'est l'arme naturelle de beaucoup d'enfants quand ils veulent échapper à une étreinte qui leur est pénible. Le crachottement résultait-il de l'impression faite sur la muqueuse linguale par le liquide qu'on avait essayé d'ingérer? Pour ce qui est de l'aboiement, enfin, le malade a-t-il aboyé ou vos oreilles? Ce n'est point là, d'ailleurs, un symptôme de la rage; on ne le retrouve que dans les descriptions poétiques de cette maladie, ou dans les Métamorphoses d'Ovide, comme le dit un de nos habiles vétérinaires, dans ses jours de gaîté à l'Académie.

Si les quelques observations qu'on a citées en faveur de l'opinion de la spontanéité de la rage dans l'espèce humaine, étaient soumises à une analyse aussi rigoureuse que celle à laquelle nous venons de soumettre en quelques mots l'observation rapportée ci-dessus, nous croyons que ceux-là même qui se sont le plus avancés, ou peut-être le plus aventurés sur ce point, commenceraient par arriver au doute; et que, partant de là pour observer à l'avenir les faits analogues qui pourraient se présenter à eux, ils finiraient par aboutir à la même conclusion que nous; savoir que la rage ne se développe pas d'une manière spontanée dans l'espèce humaine.

(1) L'indigo a déjà été employé avec quelques succès contre les attaques d'épilepsie.

Digitized by Google

Un des points de l'histoire de la rage, sur lequel il règne encore une grande incertitude, c'est la durée du temps de la période d'incubation; les auteurs font en général durer cette période de trente à cinquante jours. D'un autre côté, on a rapporté des faits de rage communiquée, dans lesquels l'invasion de la maladie, proprement dite, a eu lieu plusieurs années après le dépôt dans les tissus du virus rabique. Il serait bien à désirer qu'une si importante question fût résolue. Si les derniers faits que nous venons de rappeler sont revêtus de toutes les conditions d'authenticité nécessaires pour les faire admettre scientifiquement, on doit pratiquement en tenir grand compte, pour ne point exposer les malades au danger d'une sécurité funeste : s'ils sont faux, au contraire, il est également important de le savoir, pour délivrer au plus tôt ces malheureux de toutes les terreurs d'une position incertaine, et au bout de laquelle se dresse une si épouvantable idée : tous les faits qui peuvent jeter quelque lumière sur cette intéressante question, ont une très-grande valeur; c'est à ce titre que se recommande le suivant : Deux femmes traversent un bois pour retourner chez elles : un loup furieux se précipite sur l'une d'elles, qui reçoit immédiatement plusieurs blessures assez graves; la compagne de cette malheureuse, pleine de courage, se déchausse, et armée de ses sabots, se précipite sur le loup qu'elle espère assommer en le frappant à coup redoublés sur la tête : celui-ci se dérobe facilement à une telle attaque, fait face à son audacieux agresseur, le mord en plusieurs endroits, et pourtant fuit. En quelques jours, les blessures qu'ont reçues ces deux malheureuses, guérissent. Mais à cinq mois et quelques jours de là, l'une d'elles, la plus jeune, celle qui était venue si courageusement au secours de sa compagne de route, se retrouve dans le même bois, et presque au même lieu où elle avait fait jadis une si terrible rencontre : occupée à ramasser de l'herbe, elle est surprise par un chevreuil, qui vient tout à coup à bondir auprès d'elle : elle est effrayée et dans sa terreur le souvenir du loup enragé, dont elle a, il y a cinq mois, failli devenir la victime, lui revient en pensée sous les couleurs les plus sinistres; elle retourne chez elle, triste, accablée, en proie au pressentiment le plus funeste : effectivement, bientôt des symptômes non équivoques de rage se développent, elle succombe en deux jours... Sa compagne, au contraire, échappe à toute espèce d'accidents. Ainsi donc, s'il est vrai, généralement parlant, que la période d'incubation de la rage n'aille point au delà de trente à cinquante jours, il faut savoir cependant qu'il y a des faits bien authentiques qui démontrent que la cause, quelle qu'elle soit, sous l'influence de laquelle éclate la maladie, peut sommeiller un temps beaucoup plus long dans l'organisme, puis se réveiller tout à coup et appeler la mort au milieu de la plus grande sécurité peut-être. Ce fait remarquable, et qui a laissé dans le pays où nous l'avons recueilli, le souvenir le plus vivace, a d'ailleurs encore une autre signification. Deux femmes ont été mordues en même temps, par le même animal furieux : chez la première, aucun accident ne survient : il en est de même de la seconde pendant près de six mois; mais voilà que tout à coup celle-ci est saisie d'une violente frayeur, qui lui retrace sous les couleurs les plus vives le danger auquel elle a miraculeusement échappé, et la rage éclate. Y a-t-il entre ces deux femmes quelque autre différence que celle de cette terreur que l'une d'elles seulement vient un jour à éprouver? S'il est permis de répondre négativement à cette question, de quelle importance n'est-il point pour la pratique de connaître des faits authentiques de la nature de celui que nous venons de rapporter, qui nous montre la période de l'incubation se prolongeant bien au delà du terme qu'on lui assigne généralement, et qui tend par conséquent à faire établir cette règle, savoir qu'au delà du terme dont nous venons de parler, la sécurité peut être dangereuse, car des émotions, des frayeurs, des terreurs peuvent encore un jour réaliser la maladie.

Le fait que nous venons de rapporter n'est d'ailleurs point encore complet. L'animal furieux, que nous avons vu fuir après avoir couvert de morsures ses deux victimes, trouve ensuite sur son chemin trois vaches appartenant à l'un des gardes de la forêt : celles-ci sont violemment mordues en divers points du corps, toutes les trois présentent des plaies saignantes. Pour retourner à leur étable, ces animaux sont obligés de traverser un pont assez étroit, deux d'entre eux traversent ce pont sans encombre, le troisième tombe à l'eau. Or, voici ce qu'il advient de ces fortunes diverses : les deux vaches qui avaient passé le pont impunément, furent prises au bout de quelques jours d'une rage violente et elles furent sacrifiées : la troisième qui était tombée dans l'eau, parce qu'elle était borgne, ce que nous avions oublié de dire, n'éprouva aucun accident. A propos de faits analogues à celui qui précède, on s'est demandé comment il fallait expliquer l'immunité qu'une semblable immersion avait bien évidemment assurée dans quelques circonstances. Les uns ont vu là une perturbation brusque, imprimée au système nerveux par la soudaineté de l'impression reçue, les autres n'y ont vu tout simplement qu'un lavage à grande eau des plaies imprégnées de la bave morbifère; nous croyons cette seconde interprétation plus vraie que la première, surtout quand il s'agit d'animaux de l'espèce de ceux dont il s'agit en ce moment, et qui en fait d'impressionnabilité ne sont pas précisément des sensitives ou des sylphides. On a voulu essayer d'appliquer thérapeutiquement la donnée qui ressort

Digitized by Google

immédiatement de semblables faits. Déjà Celse en fait un des moyens importants du traitement de l'hydrophobie (1). A Paris, quelques médecins ont fait précipiter par surprise des hydrophobes dans la Seine : aucun résultat avantageux n'a suivi ces tentatives, qui, d'ailleurs, n'ont point été assez souvent répétées pour qu'on puisse légitimement en rien conclure. Dans tous les cas, le fait que nous venons de citer, s'ajoutant aux faits analogues mais peu nombreux que possède la science, concourra peut-être à provoquer de nouvelles expériences, et il acquerra ainsi une nouvelle valeur.

Nous terminerons cette courte notice sur plusieurs points pratiques si importante en relatant encore un fait, qui, s'il venait à se répéter un certain nombre de fois, pourrait acquérir une grande valeur. On sait qu'il y a quelques années, un médecin russe, M. Marochetti, a appelé l'attention des observateurs sur l'existence de pustules, qui, suivant cet auteur, ne manqueraient jamais de se developper sous la langue des individus atteints de rage, et cela invariablement du troisième au neuvième jour, à partir du moment de l'accident. Nous ne pensons pas qu'en France cette idée ait été sérieusement suivie ; cependant il est admis aujourd'hui par tous, que le système nerveux et les voies aériennes offrent des lésions fréquentes dans l'hydrophobie ; nous sommes bien loin de nous exagérer la valeur de ces données, on le verrait bien, si nous avions à nous en expliquer ici ; ce que nous voulons dire seulement à ce propos, c'est que dans la profonde obscurité qui entoure la maladie dont nous nous occupons, ces lésions peuvent jeter quelques lumières sur la marche au sein de l'organisme du virus rabique. Si la rage est une maladie humorale, en ce sens, que l'agent qui la détermine, doit être éliminé par quelque voie de l'économie dans le cas où la solution est possible, les lésions observées du côté de la langue, du pharynx, de la trachée-artère sembleraient indiquer que c'est par là que tend à se faire la dépuration : or, dans le sens de cette hypothèse, qui, comprise d'une manière générale, n'est autre, d'ailleurs, que celle à la vérification de laquelle les travaux les plus sérieux de l'époque sont consacrés, nous proposerions de soumettre sur-le-champ tout individu qui aurait été mordu par un animal suspect, à l'influence longtemps continuée des sialagogues. Il va de soi, d'un autre côté, que cela n'empêcherait pas d'employer en même temps les autres moyens que l'expérience a démontrés pouvoir être utiles.

Un fait est encore derrière cette hypothèse ; le voici en quelques mots : un vieux militaire nous racontait dernièrement qu'en Hollande, un de ses camarades et lui avaient été mordus par un chien qui déjà avait fait plusieurs victimes. Le premier fut atteint de la rage et mourut en quelques heures. Pour lui, s'attendant également à une mort certaine, il voulut au moins, nous dit-il, finir gaîment. En conséquence, il prit la résolution, et obtint facilement la permission de fumer depuis le matin jusqu'au soir pendant les trois premiers mois qui suivirent la mort de son camarade. Il s'établit ainsi un flux continu, une abondance de salive, de mucosités.... et la rage ne se déclara point. Que conclurons-nous de ce fait ? Non, certes, qu'il suffit de fumer nuit et jour pour guérir de la rage ; mais ceci, savoir : 1° qu'à l'avenir il faudra rechercher si l'immunité de certains individus mordus ne tient point à une circonstance semblable à celle que nous venons de mentionner ; 2° que dans une maladie aussi grave que l'hydrophobie, et dont la thérapeutique est si incertaine, la raison comme le devoir commandent de ne laisser échapper aucune donnée, si mince qu'elle soit, sans essayer d'en déterminer expérimentalement la valeur ; qu'en conséquence, l'indication que nous venons de signaler doit être remplie. Si c'était ici le lieu de le faire, il nous serait facile de montrer que plus d'une vérité qui se pose aujourd'hui fièrement, comme vérité expérimentale, et qui ne reconnait pour parrain que Bacon, n'est pourtant entrée dans la science que sur la foi d'une idée bien plus aventureuse que celle au nom de laquelle nous parlons en ce moment ; mais laissons-là ces choses, et bornons-nous à ce que nous avons dit (1).

M. S.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.—Décembre 1839.

(1) Tous les auteurs qui on traité de l'hydrophobie ont cité Celse et ont rappelé que ce médecin est le premier qui ait conseillé les bains de surprise, dans cette maladie Nous l'avons dit, on a répété les expériences signalées par cet auteur, et il ne semble pas qu'on en ait tiré grand profit ; mais Celse conseille également les bains employés sous une autre forme, et pour remplir une toute autre et plus rationnelle indication. Voici le texte où se trouve exprimée cette idée, et qui complétera la notion insuffisante qu'on trouve généralement dans les livres sur ce point : « Quidam post » rabiosi canis morsum protinùs in balneum mittunt ; ibi- » que patiuntur desudare, dum vires corporis sinunt, vulnere » adaperto, quo magis ex eo quoque virus distillet ; deinde » multo meracoque vino excipiunt, quod omnibus venenis » contrarium est. Idque cum ità per triduum factum est, » Tutus, esse homo a periculo videtur.

(*Corn.*, *Celsi*, *de medicina*, lib. V, cap. XXVII.)

(1) Voyez ce qui a été écrit sur la rage dans ce journal. (*N. du réd.*)

Digitized by Google

Nouveau traitement contre la rage.

Un médecin russe, M. le docteur Miroff, vient de publier, dans un journal médical de Saint-Pétersbourg, un mémoire sur un nouveau traitement de la rage, au moyen duquel il assure que l'on prévient certainement le développement de cette maladie; et il engage les praticiens à recueillir des faits pour infirmer ou confirmer son opinion. Son traitement, qui dure deux mois, consiste en ce qui suit : Immédiatement après la morsure faite par l'animal enragé, on place le malade dans un bain de vapeur à cinquante degrés; on lui fait boire une décoction de salsepareille et de gayac, que l'on prépare en faisant bouillir, dans une demi-livre d'eau, huit onces de racine de salsepareille et huit onces de racine de gayac; et l'on frictionne la plaie avec un onguent digestif, fait avec le précipité rouge de mercure. Pendant toute la durée du traitement, on entretient la plaie en la pansant avec cet onguent, et l'on fait boire tous les jours au malade deux livres de la décoction sudorifique. Les bains de vapeur sont administrés de deux jours l'un pendant la première semaine, de trois jours l'un la seconde et la troisième; puis deux fois par semaine, jusqu'à l'expiration des deux mois. M. Miroff rapporte plusieurs observations d'hommes soumis à ce traitement, après avoir été mordus par des chiens ou des loups atteints d'une rage parfaitement constatée, et qui n'ont pas été affectés d'hydrophobie, bien qu'on ait continué à les observer pendant plus d'une année.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Décembre 1839.

Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838.

Les différentes épidémies de fièvre puerpérale, malgré les analogies nombreuses qu'elles semblent présenter, offrent cependant, comme toutes les autres épidémies en général, des variétés et des dissemblances qu'il est important d'étudier et de consigner dans la science, si l'on veut parvenir à la découverte des lois pathologiques qui président à leur développement. Ce n'est qu'à l'aide de matériaux laborieusement amassés, que l'on peut espérer de voir un jour surgir, des rapprochements de faits isolés et de la comparaison de nombreuses histoires d'épidémies, dans lesquelles le génie pathologique aura épuisé toutes les formes, quelque grand et utile résultat.

Mais il est peu d'hommes qui aient consenti à se borner au simple rôle d'observateur, à suivre pas à pas une maladie dans sa marche, à noter un à un chacun des symptômes, et à les décrire servilement tels qu'ils s'étaient présentés, satisfaits, pour prix de leurs labeurs, d'avoir apporté dans la science quelques faits de plus. Presque tous, se débarrassant des lenteurs de l'analyse, et transformant en principes généraux les individualités qu'ils avaient observées, ont voulu tirer de leurs travaux une gloire actuelle, et ils n'y ont trouvé que fausses hypothèses et théories mensongères. C'est à ce défaut de patience dans l'observation et d'abnégation de soi-même, à cette hâte de généraliser trop vite, qu'est due, en grande partie, l'obscurité qui enveloppe aujourd'hui l'histoire de la fièvre puerpérale. Convaincu de la vérité de ces faits, quoique bien des livres aient été écrits sur cette partie de la pathologie des femmes en couche, j'ai pensé qu'il pouvait être encore de quelque utilité de donner une description de l'épidémie qui s'est manifestée, l'année dernière, à l'hôpital des Cliniques.

J'essaierai d'abord de donner une idée générale de la maladie, en la dégageant des complications, des coïncidences, de toutes ces conditions individuelles et idiosyncrasiques qui auraient masqué nécessairement sa physionomie. Puis, arrivant aux détails, je donnerai l'analyse des causes locales ou générales qui paraissent avoir exercé une certaine influence, les caractères des lésions révélées par l'anatomie pathologique, la description de chaque symptôme en particulier, et enfin le résultat des diverses méthodes thérapeutiques qui ont été employées.

Dans l'histoire des épidémies de fièvre puerpérale, s'il a été commun de voir cette maladie affecter des formes différentes suivant les pays et les époques, sans qu'il fût possible de présumer la cause de ces allures si bizarres; du moins chacune de ces épidémies avait le plus souvent un caractère particulier qui la dominait tout entière, et pendant toute sa durée. Ainsi, en 1782, à l'Hôtel-Dieu de Paris, l'état saburral du tube digestif imprime un type général à la maladie; Doulcet a recours à l'ipécacuanha, et cette médication, toujours la même, employée chez tous les malades, donne constamment des résultats heureux. En 1790 et 1791, dans le comté d'Aberdeen, l'épidémie est remarquable, chez toutes les femmes, par une céphalalgie intense, un large développement du pouls et d'autres symptômes non douteux d'une affection inflammatoire; Gordon prescrit les saignées, emploie chez tous ses malades ce moyen thérapeutique et il voit tous ses malades guérir. L'épidémie qui a régné à l'hôpital des Cliniques a été moins uniforme dans sa marche; au milieu de conditions hygiéniques partout les mêmes, dans les mêmes salles, et presqu'au même

Digitized by Google

moment, elle se développait sous deux formes éminemment différentes.

Première forme. Dans la première forme, qui doit être désignée sous le nom de fièvre puerpérale inflammatoire, la maladie débutait par un frisson intense et d'une durée variable, mais ordinairement moins prolongé que dans la seconde forme ; presque en même temps, ou quelques instants après, survenait dans la région épigastrique une douleur vive, le plus souvent limitée. Tantôt elle n'existait que dans une des fosses iliaques, ou dans toutes les deux à la fois, tantôt à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen, correspondante à la face antérieure et au fond de l'utérus. La manifestation de ces douleurs était accompagnée d'une réaction générale vive. Le pouls, qui, pendant le frisson, avait été petit et souvent presque insensible, se relevait, prenait de la résistance sous le doigt et battait cent dix, cent vingt, cent trente fois par minute. La peau devenait brûlante et couverte de sueur ; la face, auparavant pâle, présentait un aspect animé, les yeux étaient brillants ; puis survenait une céphalalgie frontale, quelquefois très-intense, en même temps qu'une accélération très-marquée dans la respiration. Cette première période se terminait par des sueurs abondantes suivies d'un abattement extrême des forces. Il n'y avait encore ni diarrhée, ni vomissements, ni météorisme. Cet ensemble de symptômes indiquait suffisamment qu'on devait recourir à un traitement antiphlogistique ; une saignée de deux palettes et une application de trente sangsues sur l'abdomen, dès le début des accidents, secondées par une potion purgative, entravaient ordinairement la maladie, dans les cas les moins graves. Je sais qu'alors, surtout si l'on songe que ces accidents phlegmasiques se manifestaient très-souvent à l'époque de la fièvre de lait, on pourra dire qu'il ne s'agissait pas ici de véritables fièvres puerpérales ; et cela arrive dans toutes les maladies que l'on ne peut, sur les premiers symptômes seuls, asseoir un diagnostic inattaquable ; mais l'observation montrait chaque jour que ces accidents étaient bien la fièvre puerpérale inflammatoire à son début. Déjà depuis longtemps Stoll avait signalé l'invasion de cette maladie à l'époque où commence la sécrétion laiteuse, quand il dit qu'elle peut être causée par une fièvre de lait trop forte, trop longue ou mal traitée : *Febris lactea validior, diuturnior, malè curata.* Combien de fois n'ai-je pas vu, lorsque ces premières atteintes étaient negligées comme des phénomènes un peu exagérés de la fièvre de lait, ou lorsqu'on n'employait pour les combattre que des moyens insuffisants, la douleur abdominale, d'abord circonscrite, s'étendre à tout le reste de l'abdomen et vers les reins, le ventre se ballonner, les nausées survenir, la face se décomposer, et la maladie apparaître tout à coup avec ses formes épidémiques si terribles ! Dans quelques cas heureux, on pouvait encore réparer le mal déjà fait ; mais ce n'était qu'à cette condition de l'attaquer avec énergie par les émissions sanguines et les purgatifs, car l'affection n'avait pas répudié son premier caractère.

Cette nature inflammatoire ne se révélait pas toujours d'une manière aussi tranchée ; il fallait épier avec soin chaque symptôme, faire la part de la constitution du sujet, de l'influence épidémique, et la rechercher quelquefois là où elle aurait semblé au premier coup d'œil ne pouvoir exister. Ainsi, chez certaines femmes qui, après un frisson de plus d'une demi-heure, avaient l'air profondément abattu, avec le visage pâle, le pouls rapide et concentré, on voyait, sous l'influence d'une première saignée, le pouls se relever, la peau se couvrir d'une sueur abondante, une céphalalgie très-forte survenir, et on était obligé de recourir aux émissions sanguines que l'on n'avait employées une première fois qu'en tremblant. Mais il fallait, dans son investigation, apporter l'attention la plus sévère, et, le diagnostic une fois porté, mettre encore la plus grande réserve dans l'emploi du traitement, afin que la malade ne payât pas de sa vie une erreur. La première saignée était toujours peu abondante, afin de tâter, pour ainsi dire, le système circulatoire, et si, au lieu de s'affaiblir, le pouls se relevait, on ouvrait de nouveau la veine ; si, au contraire, la réaction n'arrivait pas rapidement, il fallait aussitôt renoncer à ce moyen, qui ne pouvait être que nuisible. Cette forme de la fièvre puerpérale cédait ordinairement assez vite à l'emploi de moyens anti-phlogistiques ; elle eut quelquefois une terminaison funeste, mais elle était loin de présenter la même gravité que l'autre forme que je vais décrire.

Seconde forme. — Celle-ci, que j'appellerai fièvre puerpérale typhoïde, avait un caractère épidémique plus marqué que la première. Rapide dans son développement comme dans son invasion, effrayante par le nombre et l'intensité de ses symptômes, résistant à tout moyen thérapeutique, elle marchait le plus souvent, et d'une manière invariable, à une terminaison funeste. Alors le frisson initial apparaissait à une époque plus rapprochée de l'accouchement, et parfois le même jour, ou quelques heures après ; il se montrait dès le début dans toute sa force, se prolongeait longtemps, était plus tenace que dans la première forme, et persistait malgré tous les moyens employés pour réchauffer les femmes.

La douleur s'éveillait avec le frisson, non plus circonscrite et peu intense, mais s'étendant en même temps par tout l'abdomen, du côté des reins, et si vive, que les malades ne pouvaient supporter le poids d'un cataplasme ou d'une couverture. Le météo-

Digitized by Google

risme n'attendait plus quelques jours pour se développer et commençait presque simultanément avec les douleurs. Le pouls faible, ondulant, très-dépressible, donnait jusqu'à cent quarante, cent cinquante pulsations par minute, acquérait parfois une telle fréquence, qu'il était difficile de les compter; la respiration était accélérée dès les premiers jours, et l'anxiété des malades extrême; les yeux étaient sans expression, la face pâle, couverte d'une sueur visqueuse et luisante comme du vernis, et toute la physionomie profondément altérée. Puis survenaient deux autres accidents plus graves encore : une diarrhée fétide, abondante, qui épuisait rapidement la constitution, des vomissements de matières vertes que rien ne pouvait arrêter, et qui persistaient souvent jusqu'à la mort. Les malades, ainsi envahies par le mal, succombaient dans l'espace de quelques jours, de quelques heures, et presque toujours l'intelligence était restée nette jusqu'aux derniers moments.

Il est aisé de voir, au premier coup d'œil, quelle énorme distance existait entre ces deux formes de la fièvre puerpérale. Quoique l'influence épidémique *les* dominât toutes les deux, elles avaient conservé *chacune leur caractère* particulier, l'un inflammatoire, *l'autre* éminemment typhoïde. Et, sans accorder trop aux symptômes, quelle différence dans l'invasion des accidents, dans l'efficacité des moyens thérapeutiques, et surtout dans les résultats!

Etiologie. — Ce n'est pas seulement pour la fièvre puerpérale, que l'histoire des causes est pleine d'incertitude ; il en est de même pour toutes ces fièvres graves, dont la nature est inconnue, qui affectent si puissamment l'organisme entier, et que l'on a voulu, toujours vainement, rattacher à une lésion locale. On a beau observer avec soin les moindres circonstances qui ont précédé ou accompagné le début de la maladie, les grouper avec art, on est bientôt forcé de les regarder comme de simples coïncidences, des prédispositions, ou, tout au plus, comme des causes occasionnelles. Sans négliger tous ces faits de second ordre, si divers et quelquefois si opposés entre eux, tous ces accidents si variables dont on a composé une longue liste de causes de la fièvre puerpérale, il faut chercher en dehors d'eux une puissance plus générale qui domine toutes les autres. Il serait difficile de comprendre autrement le développement d'une maladie qui affecte des formes épidémiques si bien tranchées, envahit tout à coup un hôpital, une ville, une contrée, apparaît partout au même moment, grandit avec une rapidité que nul traitement n'arrête, disparaît pendant quelque temps pour revenir encore, sans qu'aucun changement appréciable ait été opéré dans les conditions où se trouvaient les malades. Les constitutions atmosphériques, souvent invoquées, quoique bien peu connues encore, et l'infection, me semblent seules, par leur mode d'action si puissant, si étendu, si imprévu, si variable, expliquer une maladie qui tue tout ce qu'elle frappe, qui ne met pas de bornes à son développement, ne s'annonce par aucuns prodromes, et se manifeste sous des formes toujours nouvelles.

Dans l'épidémie que j'ai eu occasion d'étudier, j'ai cherché à apprécier la part qui leur revenait, en même temps qu'à déterminer la valeur de toutes ces circonstances accessoires qui, ordinairement sans effet, peuvent cependant favoriser d'une façon très-efficace des causes déjà assez puissantes par elles-mêmes. J'examinerai successivement, comme causes essentielles, les constitutions atmosphériques, l'infection qui se développe dans tout hôpital où se trouvent réunies un grand nombre de femmes en couches, et la contagion. J'étudierai, comme circonstances favorables au développement de l'épidémie, les écarts de régime durant le temps de la grossesse, les maladies aiguës ou chroniques existant antérieurement à l'accouchement. Je rechercherai surtout quelle est la valeur de ces autres circonstances occasionnelles, sans résultats à toute autre époque, mais suffisantes pour la manifestation d'une cause générale déjà prête, qui aurait peut-être agi seule, mais qui reçoit de ces nouveaux accidents plus de rapidité dans son développement, plus d'énergie dans sa marche. Ce sont, l'ébranlement profond imprimé à toute l'économie par une grossesse pénible, un accouchement laborieux, des manœuvres plus ou moins intelligentes; ce sont encore un accouchement très-prompt, des pertes utérines abondantes, la rétention dans la cavité utérine de caillots ou d'une portion de placenta putréfiés, enfin les tranchées qui succèdent à l'accouchement.

Comme dans toutes les maladies épidémiques dont l'étiologie est obscure, on rechercha la cause de la fièvre puerpérale dans les influences atmosphériques, et, à une certaine époque, on pensa l'avoir réellement trouvée dans une des principales modifications, ou du moins une des mieux appréciées de l'atmosphère, le froid et surtout le froid humide. C'était, après des investigations nombreuses faites à l'étranger, et dans toute l'étendue de la France, que Doublet arrivait à cette conclusion, que les pays froids étaient ceux où les suites de couches étaient les plus fâcheuses. Et les recherches de M. Chaussier, de Delaroche, de Ténon, de Dugès, de A.-C. Baudelocque viennent encore à l'appui de cette opinion. Mais d'un autre côté Nolte, après des recherches également consciencieuses, obtient des résultats entièrement opposés, et pose en principe que les régions et les saisons chaudes sont très-favorables au développement de la fièvre puerpérale. Sans compter pour rien les grands noms de White, de

Digitized by Google

Thomas Cooper, qui partagent cette dernière opinion, les statistiques qui nous parviennent de l'Allemagne montrent combien les assertions de Doublet éprouvent de fréquents démentis. Ainsi, en Prusse, on a calculé que la mortalité des femmes en couches était à la mortalité observée en France comme 1 est à 3. Il y a six mois, ce n'est pas sans quelque surprise que j'appris d'un jeune médecin, accoucheur-adjoint à Heidelberg, que dans les maisons d'accouchement de Vienne et de toute l'Allemagne, la mortalité était bien moins grande qu'en France. Je sais qu'il est difficile de tirer quelques conclusions rigoureuses de simples renseignements ou de statistiques recueillies à l'étranger, parce que l'authenticité des uns n'est pas suffisante, et qu'il faudrait parfaitement connaître les conditions hygiéniques des établissements qui ont fourni les autres. Mais il suffit de consulter les tables de Ténon, représentant l'état exact de la mortalité à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, pour voir combien est peu constante l'action des saisons froides.

Ainsi, en 1776, il y a huit décès pendant le mois de juillet, aucun en septembre et en octobre, un seul en novembre. Dans l'année 1778, nous trouvons quarante-quatre décès en avril, trente-trois en mars, onze en juin, aucun en novembre, et huit seulement en décembre; sur cent soixante-deux décès, il y en a cent huit pour les six mois chauds de l'année, et cinquante-quatre seulement pour les six mois les plus froids.

Encore, dans toutes ces statistiques, ainsi isolées, que de sujets d'erreurs! on a noté avec grand soin la mortalité dans les diverses saisons de l'année, et on ne dit point quel est le nombre des accouchements en rapport avec cette mortalité; on oublie d'indiquer si des variations notables ont existé dans la température au moment des épidémies. Personne cependant n'ignore quelle funeste influence ont sur les maladies ces changements subits dans les conditions atmosphériques. Pour ne citer qu'un seul fait à l'appui de ce que j'avance, cette année même, à l'hôpital des Cliniques, aucun cas de fièvre, puerpérale n'avait été observé depuis quelques mois, lorsque, dans le commencement de juillet, aux chaleurs très-fortes qui avaient régné pendant quelques jours, succède un refroidissement subit, une véritable température d'automne, et quatres femmes meurent en une semaine. Certes, on n'aurait pas manqué d'attribuer aux chaleurs de juillet ce qui était au contraire produit par le froid, ou plutôt par une variation brusque dans la température.

Mais il est une autre remarque plus importante, c'est que plusieurs accoucheurs ont confondu l'action du froid, agissant comme cause épidémique essentielle, avec celle du froid, simple cause occasionnelle. Le premier mode d'influence me semble pouvoir être nié avec raison, le second ne saurait l'être. A l'hôpital des Cliniques, où les infirmeries, tous les jours ouvertes aux élèves, ne peuvent conserver une température toujours égale; où les femmes, durant un temps quelquefois assez long, restent découvertes sur le lit de douleur, tandis que la porte de la salle est sans cesse ouverte par chaque nouvel arrivant; où les accouchées, pour être transportées de la salle d'accouchements dans les infirmeries, ont à traverser un large escalier dans lequel l'air du dehors arrive librement, j'ai souvent observé des faits qui ne laissent aucun doute à cet égard. Toutes ces circonstances doivent entrer en ligne de compte, quand il s'agit de faire la part du froid comme cause des épidémies de fièvre puerpérale.

Que conclure de ces observations si différentes et de ces résultats opposés présentés par les auteurs, sinon que la fièvre puerpérale peut se développer dans tous les climats et toutes les saisons. Dans l'épidémie qui s'est manifestée à l'hôpital des Cliniques, pendant l'année 1838, les faits viennent encore à l'appui de cette opinion. La mortalité a été à peu près la même dans les mois chauds et dans les mois froids.

Les nouvelles accouchées ont succombé dans la proportion suivante :

Une en février, quatre en mars, trois en avril, quatre en mai, six en juin, deux en juillet, deux en août, deux en novembre. Il n'y eut aucun décès en septembre, octobre, décembre et janvier. Cependant ces deux derniers mois sont les plus froids de l'année. En résumé, il y a eu dix décès pour les mois froids, février, mars, avril et novembre, quatorze pour les mois chauds, mai, juin, juillet et août. Ce résultat serait tout entier en faveur de l'opinion de White, si je ne me proposais de faire voir que cette mortalité, plus grande en été, a eu d'autres causes que les chaleurs.

De l'impuissance des températures froides ou chaudes dans le développement des épidémies de fièvre puerpérale, il ne faut pourtant pas conclure l'impuissance des constitutions atmosphériques en général; c'est à elles qu'il faut attribuer ces grandes épidémies qui envahissent tout à coup une contrée entière, se montrent sur tous les points en même temps, et partout avec la même forme; c'est encore à elles que sont dus ces cas isolés de fièvre puerpérale, que l'on rencontre dans la pratique civile, chaque fois qu'une épidémie règne dans nos hôpitaux; quant à la nature de ces constitutions particulières, il faut franchement avouer notre ignorance, et nous borner à constater des résultats. Mais nous pouvons, en observant leur mode d'action dans des circonstances bien connues, en rapprochant leurs effets différents suivant les diverses localités, apprécier l'étendue de leur puissance. Ainsi à l'exception

Digitized by Google

de ces grandes époques épidémiques, qui n'apparaissent que de loin en loin, quand on voit dans la pratique civile les fièvres puerpérales ne présenter que des cas isolés et peu graves, alors même qu'elle désole nos hôpitaux, n'est-on pas en droit de penser que la constitution atmosphérique qui a présidé à son développement n'a pas agi seule? Ne faut-il pas supposer que dans nos maisons d'accouchement, il existe des conditions particulières qui, non-seulement impriment à la maladie une forme épidémique, mais encore prolongent sa durée en même temps qu'elles lui donnent un caractère plus terrible. Ces causes ne sont pas moins puissantes que la première, ce sont l'infection et peut-être la contagion.

Il y a quarante ans, quand plusieurs salles de l'Hôtel-Dieu étaient affectées au service des femmes en couches, d'après des calculs exacts la mortalité était d'un sur quinze et une fraction, tandis qu'elle n'était que d'un sur cent dix à Dublin, d'un sur cent vingt-huit à Manchester, d'un sur trente et un à Londres. On était justement alarmé, dit Ténon, de voir qu'en aucun endroit de l'Europe, en aucune ville, en aucun village, en aucun hôpital, rien n'était *comparable* à la perte qu'on faisait des accouchées à *l'Hôtel-Dieu de Paris*. C'est qu'alors toutes les conditions les plus favorables au développement de l'infection se trouvaient comme à dessein réunies, et on ne lira pas sans étonnement ces lignes écrites par Ténon : « L'emploi des femmes grosses renferme soixante-sept grands lits et trente-sept petits; il était occupé le 12 janvier 1786 par cent soixante-quinze femmes grosses ou accouchées et par seize personnes de service. La situation des nouvelles accouchées est encore plus déplorable; elles sont de *même* deux, trois, quelquefois quatre dans le même *lit*, les unes à une époque de leurs couches, les autres à une autre époque.

N'est-ce pas dans ces lits que sont confondues les accouchées saines avec les malades, avec celles qui sont atteintes de cette fièvre puerpérale qui en fait tant périr? Quelle santé tiendrait à cette affreuse situation? quelle maladie n'en serait pas accrue. »

Depuis cette époque, on a créé de nouvelles maisons d'accouchements qui devaient réunir les meilleures conditions hygiéniques possibles, des améliorations notables furent apportées dans l'organisation de ces hôpitaux, et cependant la mortalité est loin d'avoir diminué, en raison des efforts faits pour la combattre. M. A.-C. Baudelocque a montré qu'à la maison d'accouchements la mortalité était d'une sur vingt-deux accouchées; à l'hôpital des Cliniques dans l'année 1838, elle a été d'une sur vingt et une fractions, et les années précédentes présentent à peu près le même résultat. La mortalité de l'Hôtel-Dieu n'était que d'un sur quinze! C'est que dans ces améliorations, on n'a attaqué qu'incomplétement la cause la plus puissante, de la mortalité, en même temps qu'on laissait subsister d'autres causes secondaires particulières à chaque établissement et qui, réunies, ne laissaient pas d'avoir une influence des plus funestes. M. Baudelocque, dans son excellent ouvrage sur la métro-péritonite, a parfaitement apprécié toutes les causes d'insalubrité qui existent à la maison d'accouchements; je ne parlerai ici que de celles que présente l'hôpital des Cliniques.

Dans cet établissement destiné à l'instruction des élèves, et qui devait servir de modèle à toutes les autres maisons d'accouchements, on a cherché, avec une sollicitude qui ne saurait mériter trop d'éloges, à écarter les moindres causes de mortalité. Quatre salles seulement sont destinées au service de seize nouvelles accouchées; elles sont situées au premier étage, au-dessus de la pharmacie et de la chambre de garde des élèves, également éloignées de la salle destinée aux nourrices et des dortoirs des femmes enceintes. Chacune d'elles est isolée des autres et donne sur un large corridor où l'air extérieur peut arriver facilement. D'une forme presque carrée, elles ont vingt et un pieds dans un sens et vingt-quatre dans l'autre, les plafonds sont élevés de seize pieds, ce qui donne deux mille pieds cubes d'air pour chaque femme. Ajoutez à cela qu'au moyen de larges portes vitrées et de fenêtres qui ont presque toute la hauteur des salles, on peut, en quelques instants, renouveler complétement l'air. On avait donné, comme cause puissante d'épidémie, l'habitude de laver les salles à grande eau, même en hiver, et ici elles sont cirées; on avait aussi insisté sur l'inconvénient d'accumuler, dans un cabinet placé au bout des infirmeries, les couches chargées de vidanges, et en effet tous ces linges imbibés de matières déjà putréfiées et infectes exhalent, surtout pendant l'été, une odeur insupportable qui doit concourir puissamment à la viciation de l'air; à l'hôpital des Cliniques, ce cabinet est placé près des fosses d'aisances, loin des infirmeries et les miasmes s'échappent par une fenêtre située en arrière des salles.

Malgré toutes ces précautions éclairées, les épidémies se développent encore dans cet hôpital presque chaque année, et la mortalité y est à peu près la même qu'à la maison d'accouchements. Je crois que l'on doit chercher la cause de ces faits dans quelques circonstances particulières, le voisinage des pavillons d'anatomie et la situation des dortoirs destinés aux femmes enceintes. Deux des salles des infirmeries, la salle d'accouchements, celles des femmes grosses donnent directement sur l'école pratique, dont elles ne sont séparées que par une cour étroite et par un mur qui ne s'élève que jusqu'au milieu du premier étage. On s'aperçoit peu en hiver de la présence des pavillons, quoique leur in-

Digitized by Google

fluence délétère n'en continue pas moins à s'exercer; mais pendant les chaleurs de l'été, l'odeur qu'ils exhalent est quelquefois tellement infecte, que, dans certaines heures du jour, on est obligé de fermer les fenêtres donnant de ce côté. Dans le relevé des décès de l'année 1838, on a vu que la mortalité avait été plus grande en été qu'en hiver, ce qui n'est point ordinaire, et que le mois de mars comptait seulement quatre femmes, tandis que le mois de juin en comptait six. Ne pourrait-on, avec quelque raison, attribuer cette différence assez notable à la cause que je viens de signaler?

Je parlerai encore d'une autre disposition qui ne doit pas contribuer médiocrement à augmenter les chances d'infection. Les dortoirs des femmes enceintes, situés dans l'étage le plus élevé de la maison, sous les toits, n'ont que des fenêtres à tabatière qui, comme on le sait, ne peuvent jamais s'ouvrir qu'en partie. Il est ainsi fort difficile de renouveler l'air, et, pendant les temps chauds, la température y est ordinairement de vingt-six degrés centigrades. Une chaleur aussi élevée, nuisible pour toutes les constitutions, doit l'être bien plus encore pour des femmes dont la respiration est gênée, qui ne prennent quelque exercice qu'avec la plus grande difficulté, et qui sont réunies en assez grand nombre.

Mais je ne puis, à ce sujet, partager l'opinion de M. A.-C. Baudelocque, qui, faisant une grande part à la viciation de l'air dans la production de la fièvre puerpérale, lui attribue une influence plus grande sur les nouvelles accouchées que sur les femmes enceintes. Voici comment il s'exprime : « Il est bien certain que la femme, parvenue à la fin de sa grossesse, introduit moins d'air dans les poumons que quand elle est accouchée; et quoique les mouvements d'inspiration et d'expiration soient un peu plus fréquents, je crois qu'il n'y a pas compensation entière, et que pendant la grossesse la femme vit avec une inspiration moins grande, moins étendue. D'après cela la femme doit absorber moins de miasmes pendant sa grossesse qu'après ses couches. » Mais où sont les preuves de cette assertion? Comment apprécier que la respiration rapide des femmes enceintes ne compense pas la respiration plus profonde des nouvelles accouchées? Comment savoir que les unes absorbent plus que les autres? A raisonner ainsi par simple induction, ne serait-on pas plutôt porté à conclure que le sang qui doit soutenir deux existences, celle de la mère et celle du fœtus, puise dans l'air plus de matériaux que celui qui ne doit servir qu'à celle de la mère?

J'ai dit plus haut qu'outre les causes d'infection particulières à chaque maison d'accouchements, il en existait une autre qui leur était commune à toutes, c'est la réunion d'un grand nombre de femmes accouchées sur un même point. Je ne veux pas parler ici de l'encombrement, que tous les auteurs ont signalé comme une cause de mortalité puissante, et qui en effet ne peut pas avoir sur les nouvelles accouchées une action moins funeste que sur les autres malades, mais bien du seul fait de la réunion. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu de Paris, alors qu'on avait affecté au service des femmes en couches un local assez vaste, où les lits étaient convenablement espacés, dans l'année 1831 il se manifesta une épidémie de fièvre puerpérale; M. Nonat, à qui j'emprunte ces faits, raconte que M. Caillard ayant diminué le nombre des nouvelles accouchées, l'épidémie, *par une coïncidence vraiment curieuse*, cessa à la même époque. « Mais, ajoute-t-il plus loin, nous ne tardâmes pas à constater que la cause de l'épidémie ne nous était pas connue, car elle reprit une nouvelle intensité malgré les précautions que nous eûmes de ne laisser qu'un petit nombre de femmes dans la même salle. » Je crois que l'on doit tirer d'autres conclusions de ces faits. D'une part il reste constaté que l'épidémie a cessé dès qu'on a diminué le nombre des femmes, et rien ne prouve qu'il y ait eu simple coïncidence; d'une autre part, rien ne prouve non plus que la nouvelle épidémie qui survint n'eût pas été plus meurtrière sans les précautions déjà prises. Cette réunion d'un grand nombre de nouvelles accouchées, dont les effets désastreux sont de toute évidence, ne saurait être efficacement combattue par l'isolement, au moyen d'une cloison et d'un rideau, comme à l'hôpital de la Maternité; il faudrait des établissements multiples, bien situés, convenablement distribués, très-vastes, et ne contenant chacun qu'un petit nombre de femmes; à ce prix-là seul on pourrait espérer la cessation de ces épidémies annuelles qui déciment les femmes en couches.

Par ce nouveau mode d'établissements on se mettrait encore à l'abri de la contagion, dont l'action, si elle n'est pas parfaitement prouvée, est au moins douteuse. M. Dugès rejette cette cause de fièvre puerpérale, M. Baudelocque reste dans le doute, et M. le professeur Dubois, presque malgré lui, penche vers la contagion. Je l'ai entendu souvent recommander de ne point placer une nouvelle accouchée dans le lit où une malade venait de mourir, et même de la mettre dans une autre salle. Ces précautions ne sembleront inutiles qu'à ceux qui n'auront pas eu occasion d'observer une épidémie de fièvre puerpérale. Deux fois j'ai vu une nouvelle accouchée, placée dans un lit que venait de quitter une femme qui avait été atteinte de cette maladie, être prise d'accidents graves, et l'une d'elles succomber, tandis que les autres femmes, placées dans la même salle, n'éprouvaient rien de particulier. A ces observations je joindrai deux faits que je dois à l'extrême obligeance de M. Dubois. L'année dernière, une des élèves de la Maternité, qui n'était

Digitized by Google

point enceinte, succomba pendant une épidémie à la maladie régnante dont elle présenta les symptômes et les caractères anatomiques. On pourra invoquer ici l'infection seule, les conditions hygiéniques les mêmes pour cette jeune fille que pour les nouvelles accouchées, mais on ne peut s'empêcher de douter. L'autre fait est encore plus remarquable. M. Depaul, interne à la Maternité, avait déjà une fois accouché en ville une dame dont les suites de couche avaient été fort heureuses; ayant eu occasion de lui donner encore une fois ses soins, mais à une époque où une épidémie régnait à la Maternité, et très-peu de temps après qu'il venait de faire une autopsie dans cet hôpital, il vit bientôt sa malheureuse malade prise de tous les symptômes d'une fièvre puerpérale à laquelle elle succomba. Trouvera-t-on dans ce fait une simple coïncidence? Ne doit-on pas plutôt croire que M. Depaul avait apporté par sa présence, ou bien par le toucher, les germes de la maladie au milieu de laquelle il vivait? Certes, de tous ces faits on ne peut tirer comme conclusion rigoureuse la preuve de la contagion, mais ils montrent que dans une maladie dont l'étiologie est si pleine d'obscurité, on ne doit rien négliger pour écarter *toute cause, ne fût-elle* pas de la dernière évidence.

Tout en ne reconnaissant comme véritables causes *de la fièvre* puerpérale que celles que je viens de citer, *je suis* cependant loin de méconnaître combien leur action se trouve favorisée par certaines circonstances secondaires qui, chez quelques individus, ont comme préparé l'invasion de la maladie. Les seules dont je parlerai sont les écarts de régime pendant la grossesse, une alimentation insuffisante et toutes les privations de la misère.

Parmi les nombreux écarts de régime auxquels se livrent si souvent les femmes enceintes, le seul que j'aie eu occasion de bien observer est l'abus de liqueurs spiritueuses. Avant d'avoir examiné les faits avec une sérieuse attention, on serait tout d'abord porté à croire que, durant la grossesse, alors qu'il existe un trouble déjà si considérable dans la circulation et dans l'innervation, l'abus des spiritueux viendrait encore apporter de nouveaux désordres dans l'économie et produirait les résultats les plus funestes; c'est aussi l'opinion qu'ont émise plusieurs auteurs, mais ce n'est pas ce que j'ai observé. Il est bien évident que tout acte en dehors de la vie régulière, que tout excès exerce une influence peu favorable sur la santé; mais de là à devenir une cause d'accidents aussi graves que ceux dont il s'agit ici, il y a une énorme différence. J'ai eu plus d'une fois, pendant l'année qui vient de s'écouler, l'occasion de soigner des femmes qui s'étaient fortement adonnées à la boisson durant toute leur grossesse, et dont quelques-unes arrivaient à l'hôpital tellement ivres, qu'elles ne pouvaient ni faire un pas ni allier quelques paroles raisonnables; l'accouchement commencé s'achevait, et dans aucun cas je n'ai vu survenir de fièvre puerpérale.

L'épuisement produit par la misère, par une alimentation insuffisante ou de mauvaise nature, est au contraire une des prédispositions les plus fâcheuses. Sydenham a insisté avec raison sur cette cause des fièvres chez les femmes en couches, et il écrivait : « Pauperiores, hinc parcè maleque pastæ » vel et aliæ ex causâ quâcumque antecedente debi- » litatæ, febrim pituitosam, longam, miliarem in » puerperio sæpius experiuntur. » Malgré tout le soin avec lequel les malades cherchent à cacher leur position malheureuse, j'ai pu obtenir des aveux en plusieurs circonstances et constater des résultats qui confirmaient pleinement l'opinion de Sydenham. Les faits de ce genre ne sont pas rares, et dans le courant de ce mémoire je citerai les observations de deux femmes, dont l'une, ayant éprouvé des dégoûts invincibles, des vomissements continuels pendant sa grossesse, était parvenue à un état de maigreur extrême, dont l'autre, abondonnée par son mari, réduite à la plus affreuse misère, ne pouvait souvent faire qu'un repas par jour, et toutes les deux ont été emportées par l'épidémie.

Quoique l'on puisse apprécier, du moins en partie, le mode d'action des prédispositions, leur étude présente cependant moins d'intérêt que celle des causes occasionnelles dont la liaison avec le début de la fièvre puerpérale semble si directe, que plus d'un praticien les a regardées comme des causes essentielles. Je ne m'arrêterai point à celles dont l'influence est au moins douteuse, telles que la rétention d'urine, la constipation, etc. Je ne dirai rien non plus de l'action du froid dont j'ai déjà parlé à propos des constitutions atmosphériques, ni de la suppression des lochies et de la sécrétion laiteuse que je regarde comme un résultat et non comme une cause de la maladie. Je ne parlerai ici que des causes dont l'influence me paraît évidente, et dont j'ai été à même de constater la valeur.

En première ligne, je placerai un accouchement laborieux, soit que la terminaison ait eu lieu par les seuls efforts de la nature, soit qu'elle ait exigé les secours de l'art. Si à une certaine époque on a élevé quelques doutes sur l'influence funeste des manœuvres pratiquées sur l'uterus, je pense qu'aujourd'hui un examen plus exact des faits l'a surabondamment prouvée; et ce résultat pouvait être présumé *à priori*, en songeant combien il faut quelquefois employer de force et de temps dans ces manœuvres, quel ébranlement on ajoute à l'ebranlement pour ainsi dire physiologique, produit par la grossesse elle-même. Ainsi, pendant neuf mois, ce sont des salivations, des nausées, des vomissements, des diarrhées interminables qui permettent

Digitized by Google

parfois à la malade de digérer assez pour vivre ; ce sont des hémorrhagies fournies par la muqueuse des bronches, des fosses nasales, de l'estomac, du rectum ; ce sont une respiration pénible, des troubles profonds dans la circulation et dans l'innervation, et quand, dis-je, pendant neuf mois entiers la constitution a été ainsi débilitée, pouvait-on supposer qu'on l'ébranlerait encore impunément par des manœuvres. M. Dugès a constaté que sur quatre cent cinquante-six péritonites, trente-deux avaient eu lieu à la suite d'une parturition artificielle, ce qui donne la proportion d'un sur quatorze. Ce chiffre énorme, quand on songe combien les versions sont rares, combien depuis longtemps on est sobre d'applications de forceps, paraîtrait bien plus considérable, si on avait mis en regard le nombre des femmes dont l'accouchement a été artificiel et qui ont échappé à la maladie. Il est, dans ces calculs, encore une autre considération qu'il ne faut pas oublier, c'est que ces manœuvres obstétricales ne sont jamais que des causes occasionnelles. Aussi les accouchements les plus laborieux ne sont souvent suivis d'aucun accident quand l'état sanitaire des salles est satisfaisant, tandis qu'ils seront presque certainement mortels à l'époque d'une épidémie.

A l'hôpital des Cliniques, pendant l'année 1838, onze applications de forceps ont été faites ; dans ce nombre, cinq ont été suivies de fièvre puerpérale dont quatre ont eu une terminaison funeste. Trois fois la version fut pratiquée, et une fois il survint des accidents. Ainsi sur quatorze femmes dont les accouchements réclamèrent des manœuvres, six furent atteintes de fièvre puerpérale et quatre succombèrent ; cependant presque toutes ces opérations avaient été pratiquées par M. le professeur Dubois ! Maintenant, que l'on consulte le tableau que j'ai donné de la mortalité, et on verra que ce fut précisément dans les mois où la maladie sévissait le plus que ces manœuvres ont été funestes, tandis qu'aucune des versions ne fut suivie de mort, parce qu'elles eurent lieu dans les mois de septembre et de décembre qui ne comptent aucun décès.

On doit encore regarder comme une cause puissante tout obstacle à l'accouchement capable de prolonger le travail, tel qu'une résistance trop grande du périnée, une mauvaise conformation du bassin, une tumeur développée dans l'excavation, etc. Je citerai deux femmes dont l'une était rachitique, dont l'autre portait une tumeur osseuse en arrière de la branche horizontale du pubis, saillante environ de six lignes, en forme de stalactite. Toutes les deux, à la suite d'un travail pénible, furent atteintes de fièvre puerpérale, mais survécurent. Je rapporterai aussi en entier l'observation intéressante de la femme Gaulier, qui fut une des premières frappée par l'épidémie.

« G...., couturière, âgée de vingt-sept ans, entra à l'hôpital des Cliniques le 1er mars 1838. D'une constitution robuste, elle ne se rappelle pas avoir jamais été malade ; enceinte pour la première fois, elle n'a éprouvé pendant le cours de sa grossesse, qui est aujourd'hui arrivée à son terme, que des accidents légers, quelques vomissements, un peu d'œdème des membres inférieurs. Entrée à la salle d'accouchements le 2 mars, elle était en travail depuis vingt-quatre heures quand le toucher fit reconnaître que le fœtus restait au-dessus du détroit supérieur, arrêté par une tumeur située dans l'excavation du bassin. Cette tumeur, du volume d'une forte noix, était placée dans la concavité du sacrum auquel elle semblait adhérente ; mais un toucher plus attentif, pratiqué par le vagin et par le rectum, montra qu'elle était développée dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale ; légèrement portée du côté droit, en arrière du col de l'utérus, elle adhérait assez fortement aux parties voisines, et il était difficile de s'assurer de sa mobilité. D'une consistance fibreuse, quoique d'un volume peu considérable, elle arrêtait complétement la descente du fœtus. Après quarante et quelques heures de travail, comme les douleurs devenaient de plus en plus faibles, trente grains de seigle ergoté furent administrés en deux prises. Les contractions utérines se réveillèrent, mais elles furent impuissantes, et le travail n'avançait pas. Enfin, M. Dubois avait jugé qu'il était temps de terminer l'accouchement, lorsque la tumeur descendit lentement, poussée par la tête du fœtus. Elle s'avança jusqu'en dehors de la vulve, et l'accouchement se termina spontanément. La délivrance fut naturelle ; le travail avait duré cinquante-quatre heures.

» Le 3, la malade est dans un état de faiblesse extrême ; il n'y a pas eu de frisson ; pas de fièvre, pas de douleurs abdominales.

» Le 6, frisson léger dans la nuit ; accablement général, facies pâle et souffrant ; langue couverte d'un enduit jaunâtre, pas de nausées, pas de vomissements, pas de selles ; le ventre est un peu météorisé, sans douleur à la pression. La parole est lente, la respiration accélérée, sans que la malade en ait la conscience, donne trente inspirations par minute. Peau chaude et couverte de sueur ; céphalalgie frontale très-intense ; le pouls développé donne cent vingt pulsations. Les seins sont mous ; les lochies presque supprimées. (Saignée, deux palettes ; sinapismes aux jambes ; limonade, deux pots.) Dans la soirée, des douleurs vives se font sentir par tout l'abdomen et surtout dans la région des reins ; une diarrhée abondante se manifeste si subitement, qu'à peine la malade a le temps de sonner la veilleuse.

» Le 7, épuisement extrême causé par le manque absolu de sommeil et par une diarrhée continuelle ; décubitus dorsal, facies animé, couvert de sueur et

Digitized by Google

avec un aspect luisant; voix presque éteinte; trente-cinq respirations par minute; pouls petit, dépressible, donnant cent quarante pulsations; abdomen très-météorisé, douloureux à la pression, surtout vers la région hypogastrique. Les seins sont restés mous, les lochies ont une odeur extrêmement fétide. (Gomme suc., deux pots; frictions sur l'abdomen, les cuisses et les bras, avec une once d'onguent mercuriel.)

» Le 8, même état; les selles involontaires persistent; on administre deux quarts de lavement, un le matin, un le soir, avec vingt gouttes de laudanum dans chaque.

» Le 10, les frictions mercurielles employées tous les jours précédents ont produit une salivation abondante. L'abattement est moins grand, la respiration moins accélérée; le pouls très-petit, dépressible, a conservé la même fréquence; l'abdomen, un peu moins météorisé, n'est plus douloureux à la pression; il donne sur les côtés, par la percussion, une matité qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'un épanchement.

» Le 12, amendement notable dans tous les symptômes; la fréquence seule du pouls persiste, *cent dix pulsations* par minute. Les frictions mercurielles sont suspendues à cause d'une salivation trop considérable. Le météorisme a beaucoup diminué, mais il y a toujours de la matité sur les côtés. »

Depuis cette époque, le mieux qui s'était manifesté a été sans cesse en augmentant. La convalescence fut longue par suite de l'état de faiblesse extrême dans lequel était tombée la malade, et de la salivation mercurielle qui ne fut arrêtée qu'avec la plus grande peine. Je revis cette femme deux mois après sa sortie de l'hôpital; elle était bien portante, et ne se plaignait d'autre chose que d'une grande pesanteur vers les parties. Le toucher, pratiqué par le vagin et le rectum, montra que la tumeur située dans l'excavation avait au moins triplé de volume. Elle était arrondie, grosse comme une petite orange et d'une consistance fibreuse. On tentait vainement de l'isoler ou de lui imprimer quelques mouvements; elle semblait adhérente à la face postérieure de l'utérus, et peut-être aux parois osseuses du bassin.

On a aussi beaucoup insisté sur une cause diamétralement opposée à celle dont je viens de parler, je veux dire un accouchement très-prompt. L'examen journalier des faits confirme pleinement l'opinion de M. Baudelocque, qui pense que le péritoine peut s'enflammer après le travail le plus facile, aussi bien qu'après un travail prolongé, mais qui ne regarde pas un accouchement prompt comme occasionnant par lui-même la fièvre puerpérale. Suivant les relevés de M. Dugès, on devrait plutôt placer cette circonstance au nombre des causes négatives, mais ses calculs ne résultent pas de données exactes. Pour lui, un travail qui n'a pas duré plus de cinq heures est court, et s'il s'est prolongé au delà de ce temps il est long : comme si tout travail devait être rangé dans l'une ou l'autre de ces catégories, et comme s'il n'existait pas une certaine durée moyenne, intermédiaire, assez grande, même entre les deux extrêmes, qui constitue le travail normal. Mais il est encore une autre remarque importante à faire, c'est que la fièvre puerpérale qui succède à un travail très-prompt a été produite assez souvent par un état général pathologique dont l'accouchement rapide n'a été lui-même que le résultat. Dans l'état normal, tandis que l'utérus est animé de contractions qui tendent à expulser le fœtus contenu dans sa cavité et le poussent contre le col, celui-ci, de son côté, se contracte également et s'oppose au passage du fœtus. Quoique nous ignorions pourquoi la nature a ainsi opposé deux puissances, dont l'une, moins considérable, doit céder devant l'autre, et dont la résistance ne fait que retarder un résultat inévitable, on ne peut nier que ces divers phénomènes ne soient parfaitement physiologiques. Or, quand les choses se passent autrement, est-ce un fait de peu d'importance? Est-ce seulement caprice de la part de la contractilité utérine, anomalie toute locale? S'il en est quelquefois ainsi, les cas du moins ne sont pas rares où ce simple dérangement dans l'ordre physiologique doit faire soupçonner une cause morbide grave et inspirer de sérieuses inquiétudes. Je citerai seulement deux faits que j'ai eu occasion d'observer durant l'année dernière. Une jeune fille, âgée de dix-neuf ans, d'une constitution robuste, enceinte de neuf mois, venait d'entrer à l'hôpital des Cliniques. Tandis que l'on préparait son lit, elle accoucha tout à coup, presque sans douleurs, quoiqu'elle fut primipare; elle n'eut pas même le temps de se coucher, s'accroupit en sentant qu'elle accouchait, et l'enfant descendit sur le carreau de la salle. Ayant interrogé cette malade avec soin, j'appris que depuis quelques jours elle ne se portait pas bien, qu'elle se plaignait de céphalalgie, de courbatures dans tous les membres, et qu'elle avait eu deux épistaxis dans la journée de son entrée à l'hôpital. Elle se trouva assez bien après son accouchement et ne présenta rien de particulier qu'une absence complète de sécrétion laiteuse. Deux jours après sa sortie de l'hôpital, elle tomba gravement malade, entra dans le service de M. le professeur Rostan, où elle succomba à une fièvre typhoïde. Une autre femme, âgée de vingt-cinq ans, parvenue au terme de sa grossesse, entra à l'hôpital, parce qu'elle était trop malade pour se livrer à ses occupations ordinaires. Depuis six semaines elle était tourmentée par une diarrhée abondante et par une fièvre intermittente, pour lesquelles aucun traite-

Digitized by Google

ment n'avait été suivi. Deux jours après son entrée dans le service d'accouchements, elle fut prise de légères douleurs et se trouva délivrée après vingt minutes de travail.

Les suites de couches ne furent pas très-heureuses ; quarante heures après l'accouchement, il se manifesta une fièvre puerpérale à laquelle la malade faillit succomber. La convalescence fut très-longue à cause de la fièvre intermittente qui avait toujours persisté, et qui résista pendant plus de quinze jours à l'emploi du quinquina. Dans tous les cas de cette sorte, il est évident que s'il survient une fièvre puerpérale après l'accouchement, elle ne doit pas être attribuée à la rapidité du travail, mais à l'état général des malades. Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer cet état, soit parce que la maladie n'est encore qu'à son début, soit parce que la grossesse lui imprime quelque chose d'anormal ou la masque entièrement.

D'un autre côté, je ne dois pas omettre de dire que j'ai vu souvent des femmes enceintes prises de douleurs subites, n'avoir pas le temps d'arriver à l'hôpital, et accoucher dans la voiture qui les conduisait ; cependant elles n'étaient pas plus exposées que les autres femmes à être frappées par la fièvre puerpérale.

J'ai eu rarement l'occasion de constater l'influence de deux autres causes qui ont été généralement admises, la rétention dans l'utérus d'un fœtus mort ou d'un placenta putréfié, et les pertes utérines. Dans un cas, une portion de placenta, qui ne fut expulsée de l'utérus que six jours après l'accouchement et dans un état de putréfaction complète, me sembla avoir été pour beaucoup dans le développement de la maladie. La femme, dont je donnerai l'observation à propos des caractères anatomiques, présenta à un degré les symptômes de la fièvre puerpérale typhoïde et à l'autopsie, on ne trouva rien dans les vaisseaux, rien dans le péritoine, et seulement une infiltration séro-sanguinolente dans l'épaisseur des muscles de l'avant-bras gauche. Chez plusieurs autres malades qui furent frappées par l'épidémie, j'ai observé des lochies extrêmement fétides, mêlées de caillots de sang putréfiés ; mais il était difficile de savoir quelle influence pouvait avoir exercé cet écoulement putride. Une seule fois j'ai vu une grossesse interrompue dans son milieu, et le fœtus mort séjourner pendant quatre mois dans l'utérus sans causer d'accidents, sans que l'accouchement ait été suivi de fièvre puerpérale. Les détails de cette observation offrent assez d'intérêt pour que j'en donne ici un extrait.

La femme Brings, âgée de trente ans, enceinte pour la deuxième fois, se présenta à l'hôpital des Cliniques le 12 avril 1838. Ordinairement bien réglée, elle avait cessé de voir, pour la dernière fois, le 12 août 1837, et se croyait enceinte de huit mois, quoique son ventre fut loin d'avoir le volume qui indique une grossesse aussi avancée. Elle éprouvait toutes les sensations qu'elle avait remarquées pendant sa première grossesse ; cependant elle n'avait jamais senti bien distinctement remuer son enfant. Elle se souvenait en outre d'avoir eu dans le mois de décembre une perte utérine abondante qui avait cessé spontanément. Un examen attentif fit reconnaître tous les signes d'une grossesse parvenue au quatrième ou au cinquième mois, mais avec absence complète des battements du cœur du fœtus. Cette femme revint plusieurs fois sans qu'il fut possible de trouver autre chose que ce qui avait déjà été noté: même développement de l'abdomen, même absence des mouvements du fœtus et des doubles battements. Elle se présenta de nouveau dans le service d'accouchements, le 24 mai, avec tous les signes d'un véritable travail ; après trois heures de douleurs très-fortes, elle accoucha d'un fœtus qui sortit enveloppé dans ses membranes. La poche des eaux étant ouverte, on vit, dans un liquide peu abondant et trouble, un fœtus mort, amaigri, d'une coloration grisâtre; l'épiderme s'enlevait facilement, mais les chairs n'étaient nullement putréfiées. Le placenta était petit et décoloré, soit par l'imbibition du liquide amniotique, soit par une espèce d'atrophie succédant à la mort du fœtus. M. le professeur Dubois, après un examen attentif des parties, pensa que l'enfant avait cessé de vivre vers le cinquième mois, quoique l'accouchement eut lieu au terme ordinaire. C'est un fait curieux que de voir, malgré la mort du fœtus, suivre les révolutions physiologiques qui lui sont propres, et ne se contracter sur le produit qu'il renferme qu'à l'époque fixée pour le terme du travail. Mais le plus important ici, c'est l'absence complète de tout accident.

Quant aux pertes utérines, elles ne furent observées que chez quatre malades. Deux contractèrent la fièvre puerpérale et survécurent, les deux autres ne présentèrent rien de particulier.

En terminant l'histoire des causes, je dirai quelques mots d'une circonstance qui, peu importante en apparence et comme oubliée par les auteurs, mérite cependant toute l'attention des praticiens dans les époques épidémiques. Ordinairement dans la journée qui suit la délivrance, presque toutes les nouvelles accouchées, excepté les primipares, éprouvent des coliques utérines. Ces contractions de l'utérus, qui revient sur lui-même pour chasser les liquides contenus dans sa cavité, en même temps que pour exprimer ceux qui gorgent les parois, sont parfaitement physiologiques. Variables dans le moment de leur développement, dans leur durée, et dans leur intensité, le plus souvent ces coliques cessent d'elles-mêmes sans réclamer aucun soin. Mais,

Digitized by Google

dans l'épidémie que je rapporte, je les ai plus d'une fois observé se développer à une époque plus rapprochée de la délivrance, se répéter plus rapidement et produire des douleurs plus profondes. Si ces accidents étaient alors négligés, les douleurs qui n'existaient qu'avec les coliques devenaient continuelles, puis de circonscrites qu'elles étaient se répandaient vers les reins, et une fièvre puerpérale se déclarait.

Dans un assez grand nombre de cas la liaison était trop directe entre cette cause et le début de la maladie pour qu'il fût possible de la méconnaître. Mais rien n'était plus aisé que d'enrayer cette cause toute occasionnelle; une quarantaine de gouttes de laudanum de Sydenham étaient administrées dans deux quarts de lavements, et tout rentrait dans le calme.

Digitized by Google

TABLEAU

De la mortalité des femmes en couches à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	ACCOUCHEMENTS précédents.	DURÉE du travail.	POSITION.	DATE de l'accouchement.	DATE de la mort.
Cotterau.	23	lingère.	primipare.	18 h. 15 m.	4e réduite.	12 février.	19 février.
Grasmann.	21	tapissière.	id.	23	id.	5 mars.	7 mars.
Lenoble.	33	cuisinière.	un	33 20	id.	14 id.	18 id.
Tudoux.	37	couturière.	un	6 30	1re	5 id.	18 id.
Mangin.	26	id.	un	10	1re	11 id.	19 id.
Danauchet.	24	institutrice.	primipare.	33	1re	26 id.	2 avril.
Carot.	32	brodeuse.	un	25	4e réduite.	25 id.	3 id.
Chalus.	22	id.	primipare.	7 15	1re	10 avril.	18 id.
Morand.	36	couturière.	neuf.	12 30	4e réduite.	2 mai.	8 mai.
Duclos.	34	id.	huit.	19 30	1re siége. 2e sommet.	6 mai.	13 id.
Suart.	30	brodeuse.	un	8	1re	7 id.	16 id.
Mian.	29	couturière.	un	8 1/2	4e réduite.	16. id.	29 id.
Labarre.	25	id.	»	»	»	»	7 juin.
Fougue.	23	repasseuse.	primipare.	32	1re	4 juin.	9 id.
Dumas.	25	journalière.	un	»	1re	4 id.	10 id.
Brunel.	32	domestique.	primipare	24	1re	10 id.	13 id.
Manget	28	couturière.	trois.	2	1re	20 id.	26 id.
Chevreau.	50	domestique.	»	»	inconnue.	»	29 id.
Rouleau.	28	id.	primipare.	20	1re	3 juillet.	11 juillet.
Magnin.	19	couturière.	id.	»	inconnue.	4 id.	13 id.
Nicolas.	23	brodeuse.	»	»	»	»	12 août.
Hurel.	22	couturière.	deux.	3 20	1re	14 août.	23 id.
Roilly.	23	lingère.	primipare.	97	inconnue.	1er novembre.	4 novemb.
Ménard.	19	tailleuse.	id.	31 40	1re	19 id.	28 id.

MOIS.	NOMBRE des morts.	MOIS.	APPLICATION de forceps.	CÉPHA-LOTRITIE.	VERSION.	OBSERVATIONS.
Janvier.	»	Janvier.				
Février.	1	Février.	1			aucun accident.
Mars.	4	Mars.	2			1er mort. 2e fièv. puér. gué.
Avril.	3	Avril.				
Mai.	4	Mai.				
Juin.	6	Juin.	2			1er aucun accident. 2e mort.
Juillet.	2	Juillet.	1			mort.
Août.	2	Août.	2	1		aucun accident.
Septembre.	»	Septembre.			1	aucun accident.
Octobre.	»	Octobre.				
Novembre.	2	Novembre.	1	1		mort. aucun accident.
Décembre.	»	Décembre.			2	1er aucun accident. 2e fièv. puer. gué.
			9	2	3	4 morts.

VOILLEMIER. (*La suite au prochain numéro.*)

JOURN. DES CONN. MÉDICALES. — Décembre 1839.

Digitized by Google

Mémoire sur plusieurs altérations du foie; par le docteur Heyfelder (1).

I. *Cancer du foie.*

Des médecins et des anatomistes célèbres, tels que Meckel, Lobstein (2), Scarpa, etc., ayant avancé que les véritables squirrhes sont très-rares dans tous les annexes du canal intestinal, on me blâmera peut-être de n'avoir pas employé dans les observations suivantes les mots de sarcome médullaire ou d'encéphaloïde. Mais, quelque bien fondée que soit cette assertion, il est nécessaire d'observer que toutes les dégénérescences auxquelles on a donné les noms de squirrhe, de cancer, de mélanose, de fungus, ont entre elles une telle analogie, et se distinguent si peu les unes des autres, qu'elles ressemblent, comme le dit Abernethy, à certaines couleurs dont les nuances, quoique distinctes à l'œil, ne sauraient être ni caractérisées ni décrites, de telle sorte qu'il vaudrait mieux considérer toutes ces dégénérescences, qui ne diffèrent entre elles que par leur forme et leur consistance, comme des variétés d'une même espèce. Je crois même pouvoir affirmer que le squirrhe et le sarcome médullaire naissent fréquemment ensemble dans le même organe, comme cela arrive pour le fungus hématodes, le fungus médullaire et la mélanose, qui se touchent souvent et se confondent, ainsi que Zimmermann l'a prouvé par la belle préparation jointe à sa dissertation pleine d'intérêt sur la mélanose. (Berlin, 1828.)

Nous ne manquons pas d'observations sur les tumeurs squirrheuses et cancéreuses du foie. (Voyez *les ouvrages* de Robinson, Krukenberg, Morgagni, Meckel, Andral, Bayle, Fare, Baillie, Wardrop, Bouillaud, Johnson, G. Jaeger, Cruveilhier, Bright, Nicolaï, Nesle, etc.) Toutefois, la plupart des auteurs s'en sont tenus à l'anatomie pathologique de cette maladie, sans remonter à ses causes éloignées, sans s'étendre sur son diagnostic. Je crois que les observations suivantes pourront être utiles sous ce rapport, quoique je reconnaisse volontiers leur insuffisance thérapeutique.

Malgré que dans l'état actuel de la science il nous soit encore impossible de guérir certaines maladies, il n'en est pas moins vrai que le diagnostic nous donne les moyens de soulager le malade par des palliatifs, ou du moins de ne pas avancer sa fin par un traitement contraire à l'affection qu'il porte. *Quem servare nequis, ne noceas,* répète-t-on après Celse. Mais combien de médecins agissent contrairement à cette maxime. Sur les cas suivants, trois ont été observés par moi; j'y joindrai des remarques sur la symptomatologie, le diagnostic et l'étiologie de la maladie, ainsi que ce que j'ai pu recueillir d'utile dans quelques observations étrangères.

Obs. I. — Madame Dettenmayer, âgée de 45 ans, mère de plusieurs enfants sains, et qui, depuis son enfance, n'avait eu d'autre maladie que la gale, très-commune en Souabe, à cette époque, disait sentir, dans le bas-ventre depuis le commencement de 1836, comme deux boules mobiles qui suivaient tous les mouvements du corps. D'abord les fonctions ne furent point altérées, mais au bout d'un mois l'appétit se perdit; il survint des maux de cœur, des nausées; le ventre prit du volume; les seins se gonflèrent de telle sorte que madame D. se crut enceinte, bien que la menstruation continuât à être régulière.

Au commencement d'avril il survint des douleurs dans le bas-ventre; la constipation devint opiniâtre; les urines furent plus abondantes et très-foncées: madame D. consulta alternativement plusieurs médecins qui, n'ayant pas observé la maladie dès son origine, restèrent dans le doute sur sa nature.

Le 16 avril, je vis la malade conjointement avec MM. Vogel et Rehmann de Sigmaringen; son état était le suivant:

Teint jaune, amaigrissement général, anorexie sans que la langue soit chargée ni la bouche mauvaise, maux de cœur et vomissements passagers; peau sèche, température naturelle, pouls normal; évacuations grisâtres et décolorées, urine peu abondante, foncée; accumulation visible de sérosité dans le bas-ventre, tumeur mobile occupant les deux hypochondres et la région épigastrique, et s'étendant depuis les fausses côtes jusqu'à la crête iliaque droite. La malade éprouvait dans tout le bas-ventre, et surtout dans la tumeur, des douleurs aiguës et lancinantes. Le col utérin était peu apparent, son orifice assez dilaté. — On ne prescrivit d'abord que le repos et la diète. Huit jours après, l'hydropisie avait considérablement augmenté ainsi que les douleurs; la malade eut des accès d'asthme et de délire; sa peau était sèche et brûlante. On pratiqua la ponction et il s'écoula sept chopines de sérosité rougeâtre. La tumeur alors parut rugueuse, immobile, et devint, 24 heures après, le siége de douleurs continuelles et insupportables, qui allèrent toujours croissant jusqu'au 27 avril, jour où la malade mourut sans altération sensible du pouls, et quatre mois après l'origine de la maladie.

---

(1) *Le docteur* Heyfelder vient de réunir sous le nom d'*études médicales* (Studien in Gebiete der Heilwissenchaft. Stuttgardt, 1838), dix-huit mémoires sur différentes affections qu'il a eu occasion d'observer. Nous pensons être agréable à nos lecteurs en mettant sous leurs yeux la traduction d'un travail qui constitue une petite monographie sur des maladies du foie, encore peu connues ou non suffisamment étudiées.

(2) Handbuch der pathol. anat. 11 v. p. 461.

Digitized by Google

Autopsie vingt-cinq heures après la mort. — État normal de la tête et de la poitrine, cependant le cœur était très-petit et converti en une substance molle et jaunâtre. Le foie, au moins six fois plus gros qu'en l'état de santé, remplissait entièrement les deux hypochondres, débordait de trois pouces les côtes, couvrait l'estomac, le cœcum, les parties ascendante et transverse du colon, plus des deux tiers des intestins grêles, et s'étendait jusqu'au pubis : il adhérait fortement à la surface abdominale du diaphragme. Un sillon, long de 9 pouces 2 lignes et large de 8 lignes, montant obliquement, depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure, jusqu'aux fausses côtes du côté gauche, le partageait en deux moitiés inégales, dont la droite, supérieure, avait 12 pouces, la gauche, inférieure, 5 pouces 2 lignes. Ce foie, enlevé de la cavité abdominale, pesait 18 livres et demie de Wurtemberg; son bord convexe supérieur, tourné vers le diaphragme, avait 11 1/2 pouces de long. Sa face inférieure ne présentait plus trace de sillons ni de dépressions.

A l'extérieur, l'organe était couleur de chocolat et offrait beaucoup d'élévations, les unes d'un rouge pâle, les autres très-foncées; ces dernières se trouvaient en plus grand nombre vers la scissure. La substance du foie, du côté droit, était convertie aux deux tiers en une masse graisseuse et blanche nuancée de rouge. Le tiers supérieur de ce même côté offrait des masses graisseuses, arrondies et entourées de parenchyme sain; non-seulement ces deux substances étaient distinctes, mais on y voyait encore des vaisseaux dont les deux tiers inférieurs n'offraient plus aucune trace.

La moitié gauche du foie renfermait beaucoup de dégénérescences isolées, de différent volume, et sphériques pour la plupart; à la surface inférieure, il y avait encore une couche mince de substance entièrement saine et normale pour sa couleur et sa consistance. Ces tumeurs isolées étaient en parties formées de lamelles ayant dans leur centre un noyau complétement ramolli.

La vésicule biliaire avait le double de son volume ordinaire; elle était blanchâtre à l'extérieur, et ses parois avaient partout de 3 à 4 lignes d'épaisseur. Elle contenait 18 calculs verdâtres de différentes grosseurs et une petite quantité de pus assez épais. Le canal cystique très-gros et à parois extraordinairement épaisses, renfermait deux calculs assez considérables; les glandes environnantes adhéraient à la rate, à l'estomac et au duodénum et étaient squirrheuses; la rate très-petite, molle et refoulée vers le bas; les reins pâles; les intestins aplatis; les gros intestins également ap'atis et pleins de fèces; l'utérus sain; les ovaires hypertrophiés. La cavité abdominale contenait encore quelques onces de sérosité rougeâtre.

Obs. II. — Un homme de 31 ans, qui ne s'était adonné à aucun excès et qui avait perdu son père et son frère aîné d'une maladie de foie, eut la jaunisse après avoir été fortement mouillé pendant un voyage. Toutefois, il continua à vaquer à ses affaires et n'appela point de médecin. Au bout d'une semaine, l'appétit se perdit, et le malade éprouva une sensation douloureuse dans la région épigastrique et l'hypochondre droit; son humeur s'altéra; son sommeil devint agité; il maigrit, fut atteint d'une constipation opiniâtre; l'urine, peu abondante, prit une couleur orangée; les évacuations étaient pâles, blanchâtres. Un médecin, qui fut appelé, conseilla des jaunes d'œufs crus, la diète, et pour boisson un acide quelconque. Le malade se soumit à ce traitement, mais ne tarda pas à s'en dégoûter; il se plaignit de douleurs croissantes dans l'épigastre, d'amertume dans la bouche, d'éructations amères, de nausées. Il cessa le traitement prescrit et s'abstint pendant quelque temps de tout remède.

La maladie durait depuis 4 mois, lorsque le malade me consulta sur le choix des eaux qui pourraient lui être utiles. Sa peau avait une forte teinte ictérique surtout autour de la bouche et des yeux. La langue était jaune vers le milieu; la respiration un peu gênée, les pulsations du cœur et des artères lentes et plutôt faibles que fortes; l'hypochondre droit et la région de l'estomac étaient tendus. L'auscultation et la percussion n'indiquèrent aucune maladie organique du cœur ni des poumons; mais un son mat très-étendu annonçait que le foie s'était élevé jusque dans la cavité du thorax.

A l'examen du bas-ventre, on y découvrait un corps solide, dur et inégal, qui s'étendait jusqu'au nombril et aux fausses côtes du côté gauche, non douloureux à la pression.

Il était impossible de méconnaître une maladie de foie, mais impossible aussi d'en déterminer la nature. La maladie me parut trop avancée pour céder à une cure d'eaux minérales, mais comme le malade semblait y avoir mis tout son espoir, je voulus lui épargner les fatigues d'un long voyage, et je lui conseillai de commencer sa cure par prendre tous les matins deux verres d'eau de Ragozy, le soir un lavement de la même eau, et de deux jours l'un, dans la matinée, un bain à vingt-sept degrés. L'état du malade ne s'étant modifié en rien pendant les trois semaines qui suivirent, il me déclara un jour qu'il était décidé à partir pour Wiesbaden, d'après l'avis d'un autre médecin qu'il avait consulté; il effectua son projet, prit les eaux de Wiesbaden pendant dix-huit jours, se sentit de plus en plus mal et revint dans l'état suivant :

Prostration; amaigrissement général; pouls fréquent; peau sèche et chaude; anorexie complète; teinte ictérique de la peau; de temps à autre, dou-

Digitized by Google

leurs insupportables dans le bas ventre; oppression; évacuations paresseuses et complétement décolorées. Le malade vécut encore sept semaines, et mourut pendant une syncope.

Autopsie, 26 *heures après la mort*. — Le poumon droit est adhérent de tous côtés et contient quelques turbercules. Le cerveau et les os du crâne sont légèrement teints en jaune. Le foie, remplissant une partie du thorax ainsi que les deux hypochondres, s'étend jusqu'au nombril, et couvre l'estomac, le colon transverse, une partie des portions pendante et ascendante de cet intestin, la partie supérieure des intestins grêles; sa surface convexe est d'un rouge brun et couverte d'aspérités blanchâtres; le côté concave est uni et d'un brun verdâtre. Le teint inférieur du lobe droit consiste en une masse graisseuse sans nulle trace de vaisseaux. Le reste du foie contient des tumeurs de différentes grosseurs, pour la plupart sphériques, de construction lamelleuse, blanches, et à noyau ramolli. Ces tumeurs étaient toutes entourées de substance saine, et se laissaient facilement enlever.

La vésicule biliaire contenait une concrétion bilieuse et un peu de bile jaunâtre; ses parois étaient épaisses; les conduits biliaires libres; la rate normale; le pancréas squirrheux vers son extrémité droite; les parois de l'estomac épaissies, surtout la muqueuse; les intestins grêles congestionnés à leur surface interne; le rameau descendant du colon rétréci, à partir de la courbure en *S*, et rempli, au-dessus de cette courbure, de fèces décolorées; quelques glandes du mésentère étaient gonflées et squirrheuses; les reins et la vessie n'offraient rien de particulier.

Obs. III. — Un homme de 50 ans, habitué à une vie sédentaire, sujet aux hémorrhoïdes fluentes, et qui, dans sa jeunesse, avait eu la gale et plusieurs maladies syphilitiques, sentit des douleurs dans l'hypochondre droit et crut y découvrir une tumeur. Plusieurs semaines s'écoulèrent avant qu'il consultât un médecin.

Symptômes. — Teint jaune, amaigrissement et faiblesse; tumeur dans l'hypochondre droit s'étendant jusqu'au nombril et à la crête iliaque; douloureuse à la pression et offrant des inégalités; anorexie; digestions difficiles, langue bonne; pouls non fréquent, mais intermittent; peau sèche; oppression; son hépatique très-étendu à la percussion; évacuations paresseuses et décolorées; pas de traces d'anasarque, d'ascite.

Cet homme, ayant été renversé par une voiture, fut pris, quelques jours après, de vomissements, de délire, et mourut au bout de deux jours.

Autopsie faite 24 *heures après la mort.* — État normal de la tête, du cœur et du poumon gauche; le droit offrait quelques tubercules crus et adhérait, de tous côtés, à la plèvre costale. Le foie remplissait complétement les deux hypochondres, refoulait le diaphragme vers le haut, s'étendait à droite jusqu'à la région iliaque, couvrait l'estomac et une partie des intestins, et soulevait les côtes. La surface externe était d'un rouge brun et couverte d'inégalités blanches, isolées et entourées de tissu tout à fait sain. Le volume des tumeurs variait depuis celui d'un œuf jusqu'à celui d'un gland; leur forme était ovale ou ronde; elles étaient blanches et ramollies dans leur centre, dures à leur circonférence; leur siége principal était la moitié droite de l'organe. Le tiers, à peu près, de la moitié gauche était converti en une masse graisseuse et squirrheuse, sans aucune trace de ramollissement. Dans les deux autres tiers, restés sains, se trouvaient deux dégénérescences du volume d'une châtaigne, et tenant par un tissu cellulaire très-lâche au parenchyme environnant, dont aucun vaisseau ne semblait pénétrer dans la tumeur. La vésicule biliaire contenait un peu de bile verdâtre, et ses parois étaient épaissies. Le canal cystique était libre, quoiqu'il touchât à une tumeur ramollie dans le son intérieur. La rate contenait une dégénérescence cancéreuse, arrondie, du volume d'une noisette; la muqueuse de l'estomac était ramollie; les autres organes étaient à l'état normal.

Obs. IV. — Une femme non mariée, âgée de 51 ans, et qui, depuis dix ans, n'avait plus ses règles, avait été opérée, en mai 1830, d'un cancer au sein qui lui était venu à la suite d'un coup. Bientôt après l'opération, il se développa une maladie de foie, dont les progrès furent si rapides que, dès le mois d'octobre, la malade était dans l'état suivant : Teint pâle et blafard plutôt qu'ictérique; peau sèche et chaude, surtout dans la face palmaire des mains; la région du foie était gonflée et résistante à la pression; le lobe gauche de l'organe surtout très-saillant et dur à son bord. Cette région, très-sensible au toucher, était le siége d'une douleur sourde; le volume du foie causait de fréquentes oppressions; le pouls était dur et très-précipité. La malade, dont la langue n'était point chargée, ne manquait pas d'appétit, mais elle se plaignait de beaucoup de chaleur intérieure et d'une soif continuelle. On prescrivit des dissolvants. Pour frictions : onguent mercuriel avec de l'ammoniaque liquide. Le 15 octobre, sulfate de soude pour obvier à la constipation; un onguent ioduré. L'état général de la malade resta le même, quoiqu'elle eût régulièrement par jour deux évacuations épaisses et grisâtres. La peau était sèche et rude. Au bout de trois semaines seulement, il survint des sueurs abondantes. L'urine variait pour sa couleur sans jamais atteindre à la teinte ictérique la plus foncée. Le dépôt qui s'y formait souvent variait également depuis le rouge le plus pâle jusqu'à

Digitized by Google

la couleur de brique. La fièvre, presque continuelle, redoublait vers midi et le soir. A ces heures là, le pouls, ordinairement plein, fort et fréquent, offrait la résistance d'une corde tendue.

Le 1er novembre, on fit l'essai du charbon animal regardé comme un spécifique contre les dégénérescences cancéreuses des glandes, et, jusqu'au 3 du même mois, la dose fut portée de cinq grains à un scrupule. Cependant, l'état de la malade continua d'empirer avec rapidité. La tumeur, en s'étendant, refoula les organes respiratoires et provoqua un asthme continuel; la peau devint de plus en plus jaune; l'appétit disparut; les évacuations cessèrent et furent remplacées par la constipation et le météorisme auxquels se joignirent des sueurs de plus en plus abondantes. (Pilules de fiel de bœuf, de savon médicinal, d'extrait de taraxacon et de rhubarbe.)

Dans les derniers jours, l'irritation nerveuse devint extrême. La malade fut prise d'un délire presque continuel, d'accès d'asthme très-violents; sa parole ne fut plus qu'entrecoupée, et, trois jours avant sa mort, ses dents, restées blanches jusque-là, se couvrirent d'un dépôt noirâtre. Elle mourut le 17 après une pénible agonie.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Turgescence des veines de la dure-mère; et, le long de la faux, quelques flocons albumineux. La surface du cerveau presque tout entière est couverte d'un enduit jaunâtre. En pratiquant une coupe, on trouve un piqueté rouge très-marqué. Les ventricules latéraux ne contenaient point de sérosité. La substance tout entière du cerveau, la sérosité qui se trouvait au-dessus du cervelet, et tous les os du crâne étaient teints en jaune. Le thorax n'offrait rien de particulier qu'une certaine quantité de sérum jaune amassé dans le péricarde.

Le foie d'un volume énorme adhérait au diaphragme, à l'estomac et aux intestins grêles. Vers le haut, il s'étendait jusqu'à la quatrième côte et refoulait le poumon; sur le côté, il atteignait l'hypochondre gauche et disparaissait sous les côtes en comprimant la rate et l'estomac. Il pesait au delà de sept livres. Le lobe gauche tout entier était converti en une masse très-dure, d'un blanc jaunâtre et dans laquelle on ne retrouvait aucune trace des deux substances du parenchyme. Le bord gauche de ce lobe faisait une forte saillie. Le lobe droit avait subi en grande partie la même métamorphose; quelques endroits de la superficie conservaient seuls leur couleur et leur contexture normales. La vésicule biliaire très-rétrécie ne contenait plus de bile; le canal hépatique était oblitéré. Le tissu cellulaire qui entoure la veine cave et la veine porte était infiltré de la même substance que le foie. Cette dégénérescence formait, au-dessous du foie, une masse considérable et diminuait de volume vers le bas. La rate, très-petite, contenait beaucoup de sang. Les intestins étaient très-distendus par des gaz. (*Cless in den Mittheilungen des Wurtemberg-Aerztlichen Vereins.* 1 *B.* 1 *H. S.* 392.)

En récapitulant les symptômes des cas précédents, nous verrons que le teint des malades a été bientôt d'un jaune de paille ou de cire, tantôt terreux et plus ou moins ictérique; la peau sèche; l'appétit négatif; les évacuations paresseuses et décolorées; les urines peu abondantes et orangées dans les trois premiers cas, variant de couleur dans le quatrième; les pulsations artérielles, peu ou point accélérées d'abord, précipitées vers la fin. Chez quelques-uns, il se joignit à ces symptômes des nausées et des vomissements; chez tous, il y eut asthme, son mat à la percussion de la poitrine et du bas-ventre, amaigrissement général. L'examen constata l'existence d'une tumeur rugueuse, qui s'étendait au delà de l'hypochondre droit et devenait le siége de douleurs aiguës. Dans le premier cas, un amas considérable de sérosité dans la cavité abdominale faisait paraître la tumeur mobile, et compliquait, par conséquent, le diagnostic. Trois fois la langue resta normale (I, III, IV); une fois elle fut trouvée couverte d'un dépôt jaunâtre; la première et la dernière malade délirèrent vers la fin; la quatrième aussi; et, de plus, elle eut des accès d'asthme, de coma, et des sueurs abondantes.

La deuxième des malades mourut pendant une syncope; la troisième fut prise de délire et de vomissements : mais il reste à savoir si les accidents ne furent pas provoqués par sa chute.

Les mêmes symptômes, à peu près, se retrouvent dans les cas cités par Andral (1); et là aussi les uns ou les autres manquent alternativement. Ainsi, une fois (2) l'appétit resta bon d'abord, et les digestions régulières; une autre fois (3), la langue fut sèche et chargée; le goût amer; la soif négative. Une troisième fois (4), il y eut des éructations fréquentes, des maux de tête, des contractions musculaires, des fourmillements dans les mains et les pieds, des palpitations de cœur, un pouls fiévreux, pas de douleurs dans le bas-ventre, et la mort survint accompagnée des symptômes d'une inflammation pulmonaire.

Dans les quatrième et cinquième cas (5), l'abdomen resta exempt de douleur et de tumeur, et la couleur ictérique de la peau dénota seule la maladie du foie.

(1) Clinique. méd. 1e partie. Maladies de l'abdomen.
(2) L. c. p. 266.
(3) L. c. p. 278.
(4) L. c. p. 280.
(5) L. c. p. 285 et 290.

Digitized by Google

Dans le sixième cas (1), la douleur et la couleur ictérique de la peau manquèrent. Dans le septième (2), il n'y eut ni douleur, ni jaunisse, ni tumeur, mais bien ascite et vomissements ; dans les huitième et neuvième (3), aucun symptôme de maladie du foie ; dans le dixième, une tumeur douloureuse dans l'hypochondre droit.

Nicolaï (4) cite une malade de la Charité, à Berlin, chez laquelle il se développa, pendant une grossesse, une tumeur dans la région inguinale, tumeur qui, d'abord molle et rémittente, fut prise pour une hernie. Plus tard, le ventre de cette femme prit un volume énorme, et l'on put y distinguer des inégalités.

Morgagni, qui décrit sept cas de cette maladie, a vu une fois une tumeur dans l'hypochondre droit (5), avec anasarque et absence de douleur à la pression ; une autre fois, la soif était ardente, les vomissements et les douleurs ne survinrent que vers la fin (6) ; une troisième fois, enfin, il n'y avait qu'une tumeur inégale dans l'hypochondre, et ascite (7).

Cruveilhier (8) regarde le météorisme et les pulsations dans le creux de l'estomac comme des symptômes assez constants. Krukenberg (9) a traité une malade dont le foie, devenu énorme, ne fut jamais douloureux ; et, à l'autopsie, cet organe, plein de tumeurs de la grosseur d'un œuf, se trouva peser 13 1/2 livres. Gintrac (10) cite une femme qui était à la fois très-affamée et sujette à des vomissements continuels.

Ces variations dans les symptômes suffisent pour prouver la difficulté d'établir le diagnostic ; et lors même qu'il y a amaigrissement, teint ictérique, nausées, digestions difficiles, œdème des extrémités, on ne peut conclure qu'à une affection chronique.

On ne peut donc diagnostiquer un squirrhe ou un cancer que lorsque le foie est hypertrophié et présente sous la peau une surface inégale, qu'il est le siége de fortes douleurs et sensible à la pression ; l'erreur sera moins à redouter encore si, comme dans les cas décrits par Cless et Nicolaï, l'affection du foie a été précédée par quelque dégénérescence cancéreuse dans une autre partie du corps. Ces derniers symptômes manquant, le praticien ne peut que conjecturer, et il en sera de même si, dans le courant de la maladie, les inégalités disparaissent et sont remplacées par des dépressions. Dans ce dernier cas, Andral pense que le squirrhe passe à l'état cancéreux ; cependant il n'en cite aucun exemple ; moi-même je n'en connais pas, et je doute même qu'on ait jamais vu les inégalités squirrheuses disparaître spontanément.

La teinte ictérique apparaît lorsque les vaisseaux biliaires sont comprimés par les tumeurs ; les nausées et les vomissements arrivent par la compression de l'estomac, ou lorsque cet organe lui-même est atteint par la dégénérescence, ce qui a lieu assez fréquemment ; l'ascite et l'anasarque sont la suite des engorgements dans le système de la veine porte ; ou bien, comme le pense Cruveilhier (1), celle de l'irritation continuelle du péritoine excitée par les tumeurs. Lobstein (2) pense que l'hydropisie ne se déclare qu'aux approches de la mort : mais cette opinion peut être contestée.

Les observations précédentes prouvent que la maladie varie dans son cours et sa durée ; dans le premier cas, la mort vint au bout de quatre mois ; dans le second, au bout de sept. Andral cite des exemples dans lesquels la durée varie depuis quinze jours jusqu'à quinze mois.

Les circonstances des autopsies ne sont pas moins diverses.

Dans les quatre cas décrits ici, le foie avait acquis un volume énorme, et on l'a vu peser jusqu'à vingt livres (Colliny et Nicolaï). Dans le cas décrit par Colliny, le foie remplissait toute la cavité abdominale, et pénétrait très-avant dans le thorax. Hope (3) Bouillaud (4), Morgagni et Meckel (5) l'ont tous trouvé hypertrophié, quoiqu'à un moindre degré. Andral (6) l'a vu plus gros qu'à l'état naturel, six fois ; *une fois* plus petit (7), deux fois de volume normal. Hope l'a vu le plus souvent contracté en entier ou en partie. Cruveilhier (8) parle de foies qui n'avaient que la sixième ou la huitième partie de leur volume ordinaire.

La couleur du parenchyme, exempt de dégénérescence, varie également : il est jaune, brun, verdâtre, grisâtre ou rouge, tel que l'a vu Andral.

Le siége le plus ordinaire des dégénérescences est la surface convexe. Cruveilhier (9) a trouvé seize tumeurs sur vingt, à la superfisie. Il semble aussi qu'elles attaquent de préférence le lobe droit et y

(1) L. c. p. 295.
(2) L. c. p. 298.
(3) L. c. p. 300 et 305.
(4) Rust's magazin. XXIV b. p. 22.
(5) De sedibus et causis morb. ed. J. Radii. t. III. p. 62.
(6) Idem.
(7) Idem.
(8) Anat. pathol. liv. XXII. p. 7.
(9) Jahrb. der ambul. Klinik zu Halle. t. II.
(10) Naumann's Handbuch der med. Klinik. t. V. p. 21.

(1) Anat. pat. liv. XII, p. 4.
(2) Lehrb. der path. Anat. liv. I. p. 362.
(3) Arch. gén. 1836, févr. p. 214.
(4) L. c. p. 475.
(5) L. c.
(6) L. c. 267, 271, 275, 281, 295, 335.
(7) L. c.
(8) Anat. path. liv. XII. p. 4.
(9) Anat. pat. du corps humain. liv. XII. p. 2. pl. II et III.

Digitized by Google

prennent un développement plus large; le contraire cependant arrive aussi quelquefois. Le lobe de Spiegel n'en est pas exempt; tantôt il ne forme qu'une seule masse squirrheuse, tantôt il est le siége de beaucoup de petites tumeurs. Malheureusemsnt, plusieurs auteurs ont négligé de détailler ces circonstances. Ces tumeurs, formées sur la surface du foie, constituent les protubérances et les inégalités que l'on sent généralement à travers la peau. Ces tumeurs sont communément ovales et rondes, mais ici aussi les exceptions sont fréquentes, et il ne peut plus être question de forme lorsque l'un des lobes, ou le foie tout entier, s'est converti en une masee unique, graisseuse, dure comme dans les trois premiers cas que j'ai décrits, ou dans ceux que citent Aronsshon (1), Cruveilhier et Andral (2).

Cette métamorphose de la masse entière constitue le squirrhe, tandis que les dégénérescences partielles sont des sarcômes médullaires ou des encéphaloïdes; de telle sorte que l'un et l'autre peuvent subsister en même temps.

Cruveilhier (3) admet deux variétés; l'une dure ou squirrheuse, l'autre molle ou *cancéreuse;* et il affirme que ces deux états peuvent subsister en même temps, mais non se succéder, comme l'ont cru quelques-uns. Selon lui, le squirrhe consiste en un tissu serré, solide, souvent noueux, et renfermant des espaces vides. Les tumeurs *cancéreuses*, au contraire, offrent une substance molle grisâtre, semblable à la cervelle des nouveau-nes, et se distinguent par leur développement rapide.

En général, les tumeurs encéphaloïdes sont plus fréquentes que le squirrhe. Leur grosseur varie beaucoup, et, selon Hope, depuis le volume d'un grain de moutarde, jusqu'à celui d'une orange. Nisle les a vues atteindre la grosseur d'un poing d'enfant; Cruveilhier (4) celle de la tête d'un enfant né à terme. Pour moi, je ne les ai jamais vues aussi petites que Hope, et tous les observateurs s'accordent à dire qu'elles sont ordinairement entourees d'un parenchyme sain en apparence, auquel elles adhèrent plus ou moins fortement au moyen d'un tissu cellulaire assez lâche. Leur consistance ne varie guère moins, et, selon les différents auteurs, elle est tantôt dure tantôt molle, ou bien dure à l'exterieur et renfermant un noyau ramolli. Nisle a vu des tumeurs creuses et divisées par des bandes de tissu cellulaire en compartiments qui renfermaient une sérosité blanchâtre. Il dit même avoir trouvé, dans la masse dégénérée, des vaisseaux oblitérés. Cette description convient toutefois mieux au squirrhe qu'à la variété encéphaloïde.

Nicolaï prétend avoir vu les ramifications de la veine porte traverser les tumeurs cancéreuses, et tous les vaisseaux de ces tumeurs rester accessibles à la circulation (1). Quant à moi, j'ai bien vu les vaisseaux arriver jusqu'aux tumeurs, mais je n'ai jamais pu les suivre au travers de celles-ci. Andral (2) pense que l'un et l'autre peut avoir lieu, et que l'existence des vaisseaux dans les tumeurs ne prouve qu'un plus haut degré de congestion. Cruveilhier (3) pense que les vaisseaux existent dans le squirrhe comme dans le cancer, mais que la contexture serrée du premier les rend plus difficiles à trouver.

J. Johnson cite un cas où le foie était converti en une seule masse semblable à de la cervelle, et sans aucune trace de vaisseaux, qui refoulait le diaphragme vers le haut (4).

Nicolaï (5) dit, dans ses descriptions :

« Les parois de ses vaisseaux étaient épaisses, et formaient, avec la naissance des vaisseaux biliaires, les espèces de fibres qu'on remarque en fendant la tumeur. Plusieurs de ces vaisseaux allaient jusqu'aux bords des tumeurs, et s'y anastomosaient de plusieurs façons. Du reste, leur direction n'était point changée dans l'intérieur de la tumeur; seulement ils paraissaient plus allongés que ceux des parties saines, qui, plus courts, donnaient naissance, sous un angle obtus, à un grand nombre de ramifications. Ces vaisseaux étaient toujours accompagnés de petites branches de l'artère hépatique, des conduits biliaires et des veines hépatiques; l'on pouvait aisément en suivre le cours. Les rameaux de l'artère hépatique étant presque normaux, et leurs membranes seulement un peu amincies, on en suivait aussi facilement le cours à travers la tumeur et jusqu'à la substance granuleuse externe du foie. »

La couleur extérieure des tumeurs est tantôt blanche (6), tantôt rougeâtre, grise, jaunâtre, brune (7) et même noire (8). Cette dernière couleur est un symptôme de mélanose, comme on le voit dans le cas si intéressant de Cruveilhier, et dans un autre que j'ai eu occasion d'observer moi-même. Souvent la couleur varie de la périphérie au centre. Hope a vu le milieu d'un jaune verdâtre, et en conclut qu'il renfermait des conduits biliaires. Bouillaud a observé la même chose. Une autre fois, Hope a vu dans la

(1) Mém. et obs. de chirurg. prat. 2e text. p. 78. 1836.
(2) L. c. p. 355.
(3) Anat. path. liv. XII. text. p. 3. pl. II et III.
(4) Anat. pat. liv. XII. text. p. 2.

(1) L. c. p. 19.
(2) Clinique méd. t. IV. p. 405 406.
(3) Anat. path. liv. XII. text. p. 3. pl. II et III.
(4) Gersen et Julius mai 1827. H. b. p. 446.
(5) Anat. pat. liv. XII. text. p. 2.
(6) Andral, c. p. 276.
(7) Nisle, l. c. p. 693.
(8) Meckel's Hand. der path. anat. liv. II. Devi. II. p. 342.

Digitized by Google

tumeur un reste de substance hépatique épaissie.

Dans les trois premiers cas que j'ai décrits, les parois de la vésicule biliaire étaient épaissies, deux fois celle-ci renfermait des calculs, et la bile y était également modifiée dans sa quantité et dans sa qualité. Dans le quatrième cas, elle était tout à fait rétrécie et vide. Cruveilhier (1) affirme qu'elle est souvent cancéreuse, et que le cancer qui l'attaque est différent de celui du foie, ou bien qu'il provient de l'extension d'une des tumeurs de ce dernier. Une fois (2) il a trouvé la vésicule biliaire entièrement isolée, par suite d'une adhérence du conduit cystique; pleine de pus, et ses parois épaissies et injectées. Andral (3) aussi l'a vue pleine d'un pus qui s'y était infiltré à travers le canal cystique, et provenait d'un abcès existant à côté d'une des tumeurs. Il a également vu des calculs biliaires exister (4) conjointement avec le cancer. Morgagni a trouvé la vésicule regorgeant de bile jaune; une autre fois il l'a vue renfermer neuf calculs verdâtres et de la bile livide (5); une autre fois encore il l'a vue fort petite (6); enfin, il a vu aussi ses parois épaissies, son intérieur très-rétréci et renfermant de la bile noire et *gluante* (7). Brière de Boismont a vu la vésicule *grosse comme une* poire (8); une autre fois il l'a vue *gonflée comme un ballon* (9), et la muqueuse hypertrophiée; d'autres fois, enfin, ses parois étaient épaissies, et elle renfermait des calculs biliaires. Nicolaï et *Colliny*, au contraire, l'ont trouvée saine et pleine de bile (10).

Les conduits biliaires se trouvent aussi quelquefois épaissis ou obstrués. Bouillaud (11) les a vus très-distendus; Cruveilhier (12) très-comprimés. Andral (13) *les a trouvés* entourés de masses cancéreuses à leur *sortie* du foie. Dans le premier cas décrit par moi, la vésicule contenait deux calculs, et le canal hépatique était oblitéré; dans le quatrième, on ne pouvait plus distinguer ce conduit et le tissu cellulaire qui entoure la veine cave, et la veine porte était infiltré de la même substance que le foie. Brière de Boismont (14) a vu le canal cholédoïque comprimé par des tumeurs.

(1) L. c. liv. XII. text II et III. p. 5.
(2) L. c. liv. XXIII. p. 2.
(3) L. c. p. 356.
(4) L. c. p. 276.
(5) L. c. vol. 3. p. 35.
(6) L. c. p. 35.
(7) L. c. p. 237.
(8) L. c. p. 200.
(9) Arch. gén. de méd. janv. 1838. p. 33.
(10) L. c. p. 35.
(11) K. L. c. mars p. 287.
(12) L. c. p. 19.
(13) L. c. p. 16.
(14) L. c. janv. 1020. p. 37.

Nicolaï a vu les conduits biliaires et leurs rameaux très-gros à la surface et au centre du foie, accompagner les artères et les branches de la veine porte à travers la tumeur dans laquelle ils apparaissaient comme autant de lignes bleuâtres, qui, lorsqu'on les ouvrit, se trouvèrent creuses et vides. Ces vaisseaux, au dire de Nicolaï, étaient partout larges et plats; leur volume égalait celui des branches de la veine porte, car déjà à un demi-pouce de la surface du foie ils étaient larges, au point qu'on pouvait facilement y introduire une forte sonde: ils ne contenaient pas de bile. Il n'a pas vu de vaisseaux lymphatiques.

J'ai transcrit en entier cette description de Nicolaï parce qu'elle diffère complètement de ce que j'ai vu moi-même; mais il ne faut pas oublier que, dans les cas décrits par lui, le foie ne contenait que des tumeurs cancéreuses, tandis que dans les miens il existait en même temps de véritables squirrhes.

M. Bouillaud a trouvé une fois les veines du foie et celle du diaphragme pleines de masses cancéreuses jaunes: la membrane interne de plusieurs de ces vaisseaux était ulcérée.

Cruveilhier (1) a aussi vu les veines hépatiques renfermer des masses cancéreuses qui tenaient à leurs parois par des espèces de tiges, ou pénétraient dans les branches comme par injection; il a pu s'assurer d'autant mieux que ces vaisseaux étaient de véritables veines, et non des extrémités d'artères, que le vaisseau qui contenait la masse cancéreuse était un rameau de la veine porte. Carswell (2) également a observé et représenté dans une gravure l'obstruction de la veine porte par une masse cancéreuse.

Quelquefois le cancer du foie n'est accompagné d'aucune autre dégénérescence du même genre. D'autres fois c'est le contraire, comme dans le troisième cas que j'ai décrit, où la rate était également attaquée. Andral (3) cite un exemple du même genre; mais il arrive aussi que les autres organes deviennent le siége d'altérations d'un autre genre. Ainsi la rate de la femme Dittenmayer était petite, blanche et atrophiée. — Morgagni l'a vue une fois hypertrophiée (4), une autre fois atrophiée (5). Le cancer est souvent accompagné d'affections de l'estomac. Une fois (II) j'ai vu les parois de cet organe épaissies; une autre fois (I) il adhérait au pancréas; une troisième (III) la muqueuse était ramollie.

(1) O. c. liv. XII. p. 6.
(2) Path. anat. pl. III.
(3) O. c. p. 276.
(4) O. c. vol. III. p. 287 et 253.
(5) L. c. p. 35 et 63.

Digitized by Google

Hope (1) cite une excroissance fongueuse aux environs du pylore et un ramollissement de la muqueuse au bas fond de l'estomac. Andral a trouvé la muqueuse alternativement ramollie, épaissie, dure, enflammée et ulcérée ; enfin, il a vu l'estomac atrophié (2) ; une autre fois trois squirrhes coexistaient dans l'estomac, le foie et le colon (3).

Morgagni, Brière de Boismont et Cruveilhier (4) citent des affections chroniques de cet organe, telles qu'inflammation, perforation, squirrhe du pylore, contractions partielles et adhérences. Rien n'est plus commun, dit le dernier, que de trouver en même temps, cancer du foie et de l'estomac.

Il s'est rencontré aussi des dégénérescences squirrheuses du pancréas (voyez mon Ier et mon IIIe cas). Andral a trouvé une fois un cancer simultané du foie, du pancréas, de l'estomac et de l'épiploon gastro-hépatique (5). Brière de Boismont a vu le pancréas et le côté concave du foie squirrheux tous deux ; les conduits biliaires étaient comprimés (6). Morgagni cite une atrophie du pancréas (7), Cruveilhier (8) un cancer simultané du foie, du poumon, du pancréas et de la partie supérieure du rein gauche, un autre du foie et de l'ovaire gauche, un troisième du foie et de l'aine droite, accompagné d'un autre cancer sur le dos de la main droite (9).

Bouillaud a vu le rein droit atrophié par la pression du foie. Morgagni l'a trouvé purulent (10). Robinson (11) a vu une hypertrophie de la rate jointe à un abcès dans les reins.

Le gonflement des glandes du mésentère n'est point rare non plus, et a été observé par Andral, par Brière de Boismont et par moi.

Le thorax offre aussi des altérations. Le cœur et les poumons sont atteints le plus souvent, et il est hors de doute que le foie influe sur ces organes comme ils pourraient à leur tour influer sur lui.

Brière de Boismont a vu des hépatisations du poumon ainsi que des hypertrophies partielles (12). Cruveilhier (o. c., 23e livr., p. 2, 3, 4., XIIe livr., text. 15, pl. II et III), Aronssohn (o. c.), décrivent un cancer du foie accompagné d'emphysème pulmonaire. Hope a vu la muqueuse de la trachée artère et du larynx enflammée ; et celle des bronches, à partir de la bifurcation de la trachée, était couverte d'une couche jaune et fibreuse.

Lobstein (1) a vu un cancer de l'œil accompagné de la dégénérescence cancéreuse du foie, de l'estomac du péritoine et du poumon, et cite une femme de 43 ans, chez laquelle l'altération squirrheuse était générale. Meckel a vu la même chose (2). Cruveilhier (3) a vu un carcinôme de l'utérus coexister avec le cancer du foie.

Le sexe masculin paraît plus disposé que l'autre à cette maladie, car sur 39 cas observés par Andral, Colliny, Nicolaï, Meckel, Cless, Morgagni, Brière de Boismont, Bouillaud, Brigt et moi, il se trouve 15 femmes et 24 hommes : chose d'autant plus remarquable, qu'en général le cancer attaque plus souvent les femmes que les hommes.

Voici les relevés des observations par rapport à l'âge : sur les femmes, deux avaient 40 ans, deux 45 ans, une 32 ans, (4), une 26 ans (5), une 47 ans, une 51, une 55, une 57, une 60, une 70. Parmi les hommes, un avait 34 ans, un 30, un 37, un 38, un 39, un 45, un 50, deux avaient 40 ans, deux 53 ans, deux 55, deux 60, un 62, un 61, deux 65, un 67 ans. L'âge des autres n'a pas été remarqué.

Si l'on peut conclure quelque chose de ces chiffres, il semble que l'âge de la décrépitude est celui auquel les femmes sont le plus disposées au squirrhe comme au cancer. Parmi les hommes, les vieillards sont aussi plus fréquemment atteints, toutefois des exemples assez nombreux prouvent que la maladie n'attend pas toujours l'âge avancé pour se développer. Quant à l'influence que peut exercer la profession des individus, je ne puis me prononcer à cet égard, non plus que sur les maladies qui peuvent être regardées comme causes éloignées et déterminantes ; Bouillaud pense que l'abus des boissons spiritueuses ou des purgatifs peut, en excitant les inflammations chroniques du foie, amener la maladie ; quant à moi, je pense qu'elle est plutôt la suite d'une prédisposition particulière, sans laquelle toutes les causes extérieures resteraient sans influence. Lobstein (6) partage cette opinion, et une preuve de sa justesse c'est qu'on a vu souvent le cancer naître simultanément dans plusieurs organes, et celui du foie se développer après l'extirpation d'un squirrhe du sein. Cruveilhier pense qu'il est souvent une conséquence du squirrhe du poumon.

(1) O. c. p. 156.
(2) O. c. p. 301.
(3) O. c. p. 291.
(4) O. c. liv. X. pl. I. p. 4. et O. c. liv. XII. pl. II. p. 5.
(5) O. c. p. 291.
(6) L. c. janv. p. 35.
(7) O. c. vol. 3. p. 63.
(8) O. c. liv. XII. text. p. 5. pl. II et III.
(9) O. c. livre XII. p. 3.
(10) O. c. vol. p. 35.
(11) Med. and. surg. journal. Edinb., janv. 1823.
(12) J. c. janv. p. 353.

(1) Jahrb. der pathol. anat. 1 B. I. 355.
(2) O. c. p. 343.
(3) O. c. 23 livr. p. 5.
(4) Brière de Boismont. Arch. gén. de méd. 1828, mai, p 381.
(5) Cruveilhier. Anat. pathol. XIIe l. p. 3.
(6) Op. c. p. 362.

Digitized by Google

Andral (1) avance que le cancer peut se développer par suite de la transformation graduelle d'un épanchement sanguin, dans le parenchyme du foie; mais il ne veut pas dire par là que la maladie naîtra toujours de cette manière.

Cruveilhier pense que c'est la veine porte, et en général tout le système capillaire des vaisseaux du foie, qui sécrète la matière cancéreuse dont se forment les tumeurs. Il résulte de toutes ces hypothèses, que l'étiologie et la nature de cette maladie sont encore d'une obscurité, que ni l'observation ni l'examen anatomique n'ont pu éclairer jusqu'ici.

Quant au pronostic, il est d'autant plus défavorable, que la maladie est souvent méconnue à son origine; et que, plus tard, lorsque les tumeurs sont formées, tout traitement qui n'est pas parfaitement approprié ne peut avoir d'autre résultat, que d'en hâter le ramollissement.

Tous les cancers du foie que j'ai observés moi-même, ou trouvés dans les auteurs, se sont terminés par la mort, et celle-ci a toujours été d'autant plus prompte que les moyens avaient été plus violents. Je pense donc que, vu cette incertitude et le danger *attaché à tout traitement contraire à la maladie, le praticien doit se tenir dans les limites d'une prudence extrême.* Aucune affection du foie ne doit être *négligée*, à son début surtout, s'il existe dans la famille quelque disposition cancéreuse héréditaire.

Lorsque le squirrhe ou le fongus se prononce, ce sont la diète et le genre de vie seuls qui peuvent en retarder les progrès : il faut mettre le malade à l'abri de tout ce qui provoque l'afflux du sang vers le foie, ou l'irritation. Les eaux minérales d'Ems, de Carlsbad et autres, ramollissent les tumeurs sans les dissoudre, et hâtent par conséquent le terme fatal de la maladie.

Je joins ici deux observations qui m'ont été communiquées par les Drs Vogel, de Riedlingen, et Gross, de Tuttingen, comme offrant quelques caractères particuliers dans l'ensemble des symptômes et les circonstances de l'autopsie.

Obs. V. — Emile B., âgé de 28 ans, d'un tempérament sanguin, né d'un père qui était mort phthisique et d'une mère sujette à des embarras gastriques, n'avait eu lui-même que les maladies ordinaires à l'enfance. Depuis le mois de mai de l'année précédente, il avait eu des maux d'estomac et de cœur, *tellement* insupportables, qu'il avait été obligé souvent, *pour* s'en délivrer, de provoquer des vomissements. La constipation était opiniâtre au point de durer huit à dix jours. Le malade avait été traité par les amers, les absorbants et les narcotiques, et n'avait jamais pris de purgatifs.

Le 3 novembre, son état était le suivant : pâleur et amaigrissement; pesanteur dans la région de l'estomac; douleur du côté gauche de la poitrine. Le docteur Vogel crut sentir des inégalités dans le lobe gauche du foie. Le malade vomissait, deux à trois fois par jour, une assez grande quantité de sérosité brune, dans laquelle se formait un dépôt semblable à du marc de café; la soif était ardente, la respiration gênée, les évacuations paresseuses, l'urine peu abondante et variant pour la couleur. Le bruit respiratoire s'entendait également partout.

On diagnostiqua une affection organique du bas-ventre et l'on ordonna des purgatifs doux, que le malade rejeta aussitôt. L'amaigrissement et la faiblesse firent des progrès rapides; il survint des crampes dans les doigts et les jambes, du délire et le malade mourut dans la nuit du 30 novembre.

Autopsie. Amaigrissement général; teint très-jaune, sérosité dans le péricarde; cœur normal. Le poumon gauche était rempli de petits tubercules, et sa substance faisait l'effet, au toucher, d'être pleine de grains de sable. Le poumon droit offrait aussi des tubercules disséminés.

Sur la surface abdominale du diaphragme, on voyait quelques tumeurs consistant en un kyste rempli d'une matière épaisse et blanche.

Le foie, très-gros et turgescent, contenait une quantité de tumeurs depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une pomme. Ces tumeurs, de la même espèce que celles du diaphragme, occupaient tous les points du foie et le faisaient ressembler parfaitement à la gravure qu'a donnée Cruveilhier.

L'estomac contenait une sérosité rougeâtre, mais était sain du reste. Près du pylore, il y avait un épaississement, un gonflement de la muqueuse, par suite duquel l'ouverture pylorique se trouvait tellement rétrécie, qu'un tuyau de plume n'y passait qu'avec peine. Une incision pratiquée dans cet endroit fit reconnaître la dégénérescence cancéreuse des tissus. Le pancréas était aussi squirrheux vers le duodénum.

Obs. VI. — Une femme de 38 ans, née de parents sains et qui avaient atteint un âge avancé, avait été mariée à 17 ans, et avait eu 11 enfants qu'elle avait tous nourris, sans jamais souffrir que de quelques refroidissements passagers. Au mois d'août 1831, cette femme but, ayant très-chaud, une grande quantité d'eau froide; bientôt après, elle perdit ses couleurs, devint jaune et se plaignit d'une douleur dans la région du foie. Attribuant ces accidents à des vers, elle prit, à plusieurs reprises, un anthelmintique, et rendit, en effet, quelques vers sans obtenir de soulagement.

En mars 1832, le docteur Grosse la trouva très-

(1) Anat. path. liv. XXIII.

Digitized by Google

amaigrie, ayant le teint d'une pâleur jaunâtre, le pouls petit et précipité et l'hypochondre droit occupé par une tumeur inégale et douloureuse au toucher. Les purgatifs ne firent qu'augmenter l'irritation du bas-ventre. L'urine était peu abondante et rouge; les évacuations paresseuses, les nuits sans sommeil : bientôt il survint des vomissements fréquents. On cessa tous les remèdes internes pour les remplacer par des lavements et des fomentations narcotiques.

Cet état dura jusqu'à la mort. Huit heures avant sa fin, la malade quitta sont lit et voulut voir ses enfants; puis, la parole lui manqua; elle eut une syncope qui dura six heures; les extrémités devinrent froides, et la malade mourut avec une contraction de la bouche semblable à celle du rire sardonique.

Autopsie faite 40 heures après la mort. Amaigrissement extrême; foie énorme, occupant toute la cavité abdominale et descendant jusque dans le bassin. Le lobe gauche était dur et foncé, le droit couvert, surtout vers le bord antérieur, de proéminences dures, graisseuses et jaunâtres. La plupart de ces dégénérescences s'enfonçaient profondément dans le parenchyme; plusieurs d'entre elles étaient ramollies à l'intérieur. La vésicule biliaire regorgeait de bile verdâtre; ses conduits étaient sains. Le foie pesait dix livres. L'estomac et une partie du colon étaient refoulés en arrière.

II. *Mélanose du foie.*

Hope a affirmé que cette maladie est fort rare, et son opinion est confirmée par le peu d'exemples qu'on en a eu jusqu'ici. Morgagni paraît en avoir observé quelques cas, et dit, dans son ouvrage intitulé : *De séd. et causis morb.* édit. J. Radius, t. I, p. 110 : « *Hepar minimis ravi coloris maculis, variegati instar marmoris distinguebatur; at hien praegrandis visuque fœdus, nec sine magnis quibusdam oblongis maculis iisque nigris.*» Plus loin dans le vol. III, p. 328; « *Hepar coloris atri, pulmonis nigris maculis variegati.* »

Les medecins français son les premiers qui aient décrit des cas de mélanoses bien caracterisés; et je nommerai Laënnec et Cruveilhier; celui-ci en a donné une observation fort interessante et accompagnée d'une planche. L'observation suivante me paraît également mériter l'attention.

Obs. VII.—Une femme de 45 ans, sans enfants et fort malheureuse en ménage, n'etant pas réglée depuis 6 ans, avait eu, peu après la disparition des menstrues, une inflammation de l'œil droit. Plus tard, une petite tumeur noire, du volume d'une lentille, se développa sur la face interne de la paupière; puis une autre parut sur le globe oculaire, immédiatement au-dessus de la cornée. L'incommodité qui en résultait porta la malade à se faire opérer, et on employa à cet effet un couteau à cataracte et les ciseaux de Daniel; une forte hémorrhagie survint à la suite de l'opération, puis une inflammation que l'on combattit par les antiphlogistiques. Cinq mois plus tard, la malade revint avec cinq tumeurs nouvelles, semblables aux premières pour le volume, et disséminées sur la surface interne des deux paupières et sur les globes oculaires. Une seconde opération fut suivie des mêmes accidents que la première, mais cinq mois n'étaient pas écoulés qu'il existait derechef huit tumeurs, dont la malade demanda à être débarrassée. Les plus grosses de ces tumeurs avaient le volume d'une lentille, elles étaient plus foncées que les autres, et semblaient avoir dans le milieu un petit enfoncement. Toutes ces tumeurs immobiles et adhérant par une base fort large, étaient insensibles au toucher, seulement, lorsque la malade fermait les yeux, elle éprouvait une douleur assez vive. L'iris et la pupille n'avaient subi aucun changement. L'opération se fit comme les précédentes; elle fut très-douloureuse et suivie d'une hémorrhagie et d'une inflammation très-fortes. Quelques-unes de ces tumeurs laissèrent après elles un fond piqueté de noir qu'il fut impsssible de rendre parfaitement net, et, au bout de quelque temps, de nouvelles tumeurs reparurent en plus grande quantité encore; la malade, dont la vue se perdait complétement, se décida à l'extirpation du globe oculaire droit, d'après le conseil d'un célèbre chirurgien qu'elle avait consulté.

Plusieurs années après je revis cette femme, et j'appris que 6 mois à peu près, après la dernière opération, elle avait commencé à avoir des douleurs violentes dans l'épaule et la cuisse droites, ainsi que des tiraillements dans l'orbite. Des bains de soufre lui avaient été ordonnés; mais, malgré cela, ses forces et son embonpoint avaient diminué rapidement. Les évacuations étaient paresseuses, l'urine peu abondante, la respiration gênée.

Je diagnostiquai une hydropisie de bas-ventre et un gonflement du foie. La peau était sèche; le pouls lent; le teint terreux; l'amaigrissement et la faiblesse extrêmes. La malade ne pouvait prendre que quelques cuillerées de bouillon; toute autre nourriture n'était que difficilement digérée, sans cependant provoquer des vomissements. Elle mourut au bout de trois semaines sans aucun nouvel accident.

Autopsie, vingt-huit heures après la mort. — Sérosité dans la cavité abdominale; le foie trois fois plus gros que d'ordinaire, remplissait les deux hypochondres, s'étendait jusqu'à la crète iliaque, et pesait 10 livres. Extérieurement il était d'un jaune verdâtre avec des élévations noires de différent volume. A l'intérieur se trouvait une quantité de tumeurs noires ou grisâtres, renfermées dans autant

Digitized by Google

de kystes et entourées de parenchyme sain, quoique jaune et ramolli; les plus grosses de ces tumeurs avaient le volume d'un œuf de pigeon; elles étaient plus molles au centre qu'à la périphérie, et disposées par couches. On les enlevait facilement, et, lorsqu'on les écrasait, il en sortait une sérosité noire. Les conduits biliaires et lymphatiques étaient libres; la vésicule biliaire contenait un peu de bile et offrait sur ses parois deux tumeurs mélaniques du volume d'un œuf de moineau.

L'extrémité du pancréas portait une tache noire, mais non proéminente, de 6 lignes de diamètre. L'estomac contenait à peu près une once et demie de sérosité noire, et sous sa muqueuse, surtout dans la grande courbure, on trouvait des taches noires de différentes largeurs. A cette exception près, la muqueuse était saine et les taches ne s'étendaient pas au delà. Le péritoine et la surface des poumons offraient également quelques mélanoses, mais moins foncées que celles du foie. Les cavités orbitaires n'offraient aucune trace de dégénérescence. Tous les autres organes étaient normaux.

Cette observation, jointe à celles qu'ont recueillies Laennec, Breschet, Cruveilhier et autres, prouve que la *mélanose naît spontanément* dans plusieurs organes. Ici *la mélanose*, qui s'était d'abord développée sur les globes oculaires, se retrouve dans les organes internes. Dans l'observation de Cruveilhier, c'était le foie qui en avait été le siége principal, et l'altération s'était étendue au péritoine, au poumon, etc. Martin-Solon et Breschet ont vu une vieille femme ayant des tumeurs dans les reins, l'aine et la cuisse droite. Laennec (1) décrit un cas où l'on trouve en même temps de la mélanose dans la plupart des organes, et une dégénérescence graisseuse du foie.

Des trois formes constatées par Laennec (Andral en décrit quatre), les deux premières seules (mélanoses enkystées ou non enkystées) ont été vues dans le foie, où elles atteignent un volume que, selon Carswell, on ne retrouve dans aucun autre organe. Il est digne de remarque aussi que, selon l'opinion de Laennec (2), le foie et les poumons sont les seuls organes où l'on trouve des tumeurs mélaniques enkystées, sujettes à se ramollir, à se vider et à laisser après elles des excavations semblables à celles que produisent les tubercules pulmonaires.

Les opinions sont différentes relativement aux modifications que la mélanose fait subir au foie. Ainsi Martin-Solon (3) prétend que les tumeurs mélaniques nombreuses et considérables, peuvent subsister dans le foie sans causer d'accidents extraordinaires. Laennec (1), au contraire, affirme que l'anasarque, l'amaigrissement et la prostration en sont la suite, sans toutefois que la fièvre soit continue.

Dans le cas que je viens de citer, les infiltrations et les développements réitérés de la mélanose dans l'œil n'ont eu aucune influence sur le reste de l'organisation.

Cruveilhier a observé la même chose chez un individu qui avait perdu la vue par suite d'une ophthalmie chronique, et chez lequel l'existence de la mélanose dans l'orbite ne fut constatée qu'après la mort.

Ces deux malades avaient longtemps souffert de douleurs rhumatismales; chez tous deux il y avait gonflement du foie, anorexie, sans que la langue fût mauvaise. Tous deux avaient longtemps souffert moralement. Le malade de Cruveilhier avait toujours eu des évacuations faciles et colorées; les urines étaient naturelles; les sueurs abondantes; son pouls précipité, de 110 à 115. Vers la fin, son teint était devenu jaune; mais il n'y avait pas eu trace d'hydropisie. Chez le mien, au contraire, le pouls était lent, les évacuations difficiles et décolorées, la peau sèche; il y avait anasarque et ascite.

Malgré cette différence de symptômes, il y avait maladie de foie dans les deux cas; seulement la maladie décrite par Cruveilhier était aiguë, la mienne chronique. Lorsque dans des circonstances semblables il se manifeste, n'importe dans quel organe, des tumeurs mélaniques extérieures, le praticien ne peut guère se tromper en diagnostiquant une maladie du foie.

De nouvelles observations sont indispensables, malgré cela, pour pouvoir établir quelque chose sur l'étiologie, le pronostic et le traitement de cette maladie.

Les observations faites jusqu'ici prouvent que la mélanose ne se manifeste guère que dans un âge avancé. Les chagrins, les affections morales prolongées paraissent en favoriser le développement. Pour ce qui concerne la nature de la mélanose, je suis enclin à adopter l'opinion de Lobstein, que confirment les observations de Breschet, de Cruveilhier et de Lauth. Ces auteurs ont retrouvé la matière noire, qui constitue la mélanose, dans des vaisseaux qui n'étaient point attaqués de la maladie. Ils en concluent que la mélanose est formée par le sang qui, après avoir subi une certaine altération dans les vaisseaux, se trouve déposé dans les organes par une sécrétion semblable à celle qui produit la matière noire dans la choroïde. Lobstein croit en même temps que l'affaiblissement de l'activité nerveuse

(1) O. c. p. 300.

(2) Arch. gén. de méd. mars 1826. p. 389.

(3) Dict. de méd. et de chirurg. prat. t. XI. p. 392.

(1) O. c. t. I. p. 392.

Digitized by Google

n'est point sans influence sur cette transformation maladive du sang ; et il en conclut que la mélanose n'est point un produit pathologique *sui generis*, mais bien une simple coloration noire des organes sains ou malades, ou même d'un produit accidentel.

III. *Hémorrhagie hépatique.*

Les congestions dans le foie et dans les organes du bas-ventre étant une suite de notre manière de vivre, ces maladies sont aussi celles qui attirent le plus fréquemment l'attention du médecin. Cependant il est rare que la turgescence des vaisseaux du foie atteigne un assez haut degré, pour causer la rupture de ceux-ci, et l'épanchement sanguin, que les médecins français appellent apoplexie hépatique. Bien que Cruveilhier soit d'avis que ces accidents sont plus fréquents qu'on ne le pense, et qu'il regarde la structure du parenchyme hépatique et la richesse vasculaire de cet organe, comme autant de conditions predisposantes (1), l'apoplexie hépatique n'a été que rarement constatée par l'autopsie, et, pour ma part, je serais plutôt porté à regarder cette même richesse vasculaire de l'organe, ainsi que la mollesse de son parenchyme, comme propres à empêcher des ruptures, et des épanchements semblables à ceux qui ont lieu dans le cerveau ou les poumons.

Obs. VIII. — Un homme de 60 ans, menant une vie fort sédentaire, et amateur de la bonne chère et des vins capiteux, souffrait depuis longtemps d'un gonflement du foie et d'accidents hémorrhoïdaux. En revenant un jour d'une promenade, il eut une syncope, et mourut en une demi-heure. Le médecin qui m'avait précédé chez lui, l'avait encore trouvé en vie, mais ayant le visage et les extrémités froides, le pouls petit et intermittent.

Autopsie. Aucun épanchement dans le cerveau ni dans les poumons ; hypertrophie du ventricule droit du cœur ; épanchement considérable de sang noir, moitié liquide, moitié coagulé dans la cavité abdominale ; sur la surface convexe du lobe droit du foie, une rupture béante, longue d'une ligne et demie, par laquelle on pénétrait dans une cavité pleine de sang du volume du poing, et de là dans la veine porte qui communiquait ainsi avec cette cavité. Le foie, très-grand, remplissait les deux hypochondres et s'étendait dans le thorax. Tous les autres organes du bas-ventre étaient à l'état normal.

Andral (2) décrit un fait semblable auquel Cruveilhier se réfère d'une manière particulière :

(1) Dict. de méd. prat. t. III. p. 283.
(2) Clinique méd. t. IV. p. 13.

Obs. IX. — Un employé des mines qui avait toujours joui d'une santé parfaite, éprouve un matin, en s'éveillant, un malaise et des douleurs de bas-ventre qui le décidèrent à rester au lit. Quelques heures après, on le trouva mort.

Autopsie. État normal du cerveau et des organes de la poitrine. Le péritoine, rempli en grande partie de sang coagulé, de même que l'espace compris entre le diaphragme et la surface convexe du foie. Au milieu du lobe droit de cet organe, une ouverture assez grande pour y passer le petit doigt ; par cette ouverture, on pénétrait dans une cavité de la circonférence d'un œuf, formée dans le parenchyme et remplie de sang. Dans cette cavité s'ouvrait un vaisseau rompu que l'on reconnut pour un rameau principal de la veine porte. Le parenchyme environnant était complétement sain.

Louis (1) a cité un troisième cas de ce genre :

Obs. X. — Un étudiant de 22 ans, qui avait été fort sujet à la diarrhée, éprouva subitement dans l'hypochondre droit des douleurs qui augmentèrent rapidement. Son teint devint jaune, ses traits s'altérèrent, et il survint des évacuations sanguines très-abondantes. A ces symptômes se joignit une inflammation pulmonaire qui emporta le malade trente-cinq jours après le premier accident.

Autopsie. Inflammation des poumons, accompagnée d'une quantité d'abcès enkystés. Dans le parenchyme du foie, immédiatement au-dessus des vaisseaux et des conduits biliaires qui traversent le sillon transverse, une cavité de la circonférence d'une noix et remplie d'un sang noir. Ces vaisseaux ne communiquaient plus avec la cavité, mais les évacuations sanguines, auxquelles on ne put assigner aucune cause, furent regardées comme une preuve qu'il y avait autrefois existé une communication.

Bonorden a observé un quatrième cas de la même nature, et l'a décrit dans la gazette de la Société médicale (*Zeitung des Vereins Medic in Preussen*, jahrgang 1838, p. 25).

Son malade, de *constitution apoplectique*, avait eu une fièvre intermittente quelques années auparavant, qui s'était prolongée dix-huit mois. La veille de sa mort, il commit un excès de régime, fut pris de vomissements, et mourut dans la nuit.

A l'autopsie, on trouva le tronc, le visage et le cou couverts de taches d'un rouge foncé, et, à chaque incision qu'on y fit, le sang jaillit par les lèvres de la plaie.

Le cerveau était normal, à l'exception d'une légère turgescence des veines. Les intestins étaient distendus par des gaz ; la rate turgescente et un peu

(1) Mém. ou rech. anat. pathol., etc. p. 376.

Digitized by Google

plus volumineuse que d'ordinaire. A la surface interne du lobe droit du foie, immédiatement à côté de la vésicule biliaire, laquelle était complétement vide, on découvrit une espèce de sac qui remplissait toute la partie antérieure du lobe, et dont le fond, en état de dégénérescence cancéreuse, faisait saillie sous le bord du lobe droit. Cette extension de l'enveloppe péritonéale du foie ne communiquait pas avec la vésicule biliaire ; elle formait une enveloppe fermée et contenant un kyste séparé du sac et rempli de sang veineux. Du côté opposé au parenchyme du foie, les parois du kyste étaient très-fortes, et l'on n'y pouvait découvrir aucune communication avec les grands vaisseaux ; du côté qui touchait au parenchyme, au contraire, la substance du foie était très-ramollie sur un point par lequel le sang était probablement arrivé dans le kyste.

Brière de Boismont (1) a publié un autre cas semblable observé par Robert.

Obs. — Une femme fortement constituée et âgée de 38 ans, perdit ses règles, et éprouva, au bout de quelques mois, une oppression de poitrine suivie d'un vomissement de sang. Le pouls se ralentit; les *traits* du visage s'altérèrent, et la malade mourut le *douzième jour*. L'autopsie fit constater des épanchements *de sang* dans le foie, qui était très-volumineux et *ramolli* ; dans la rate, le pancréas, les reins, l'ovaire droit, le cerveau et les poumons.

Le docteur Honoré a présenté, il y a quelques années, à l'une des séances de l'Académie de Paris, un foie qui offrait plusieurs excavations pleines de sang ; et ce dernier exemple, joint aux observations précédentes, offre la réunion de tout ce que j'ai pu découvrir dans les auteurs de relatif à cette maladie, *encore trop* peu étudiée jusqu'ici.

Les observations ci-dessus prouvent que les symptômes de l'hémorrhagie hépatique sont ceux de tout épanchement interne. Le premier et le quatrième cas ont seuls offert les caractères d'une maladie du foie. Dans le second et le troisième, au contraire, il n'en existait aucun symptôme. Sous le rapport étiologique, il n'y a rien à dire, sinon que tout ce qui provoque les congestions vers le foie et le système de la veine porte peut aussi devenir une cause prédisposante d'apoplexie hépatique. Le pronostic est nécessairement défavorable comme dans toutes les hémorrhagies internes. Lorsque l'épanchement est considérable, la mort est nécessairement très-*prompte* ; dans le cas contraire, l'épanchement peut n'*occasionner* que des abcès, comme dans l'observation troisième; mais ici encore la maladie, pour être plus longue, n'en est pas moins mortelle. Les pays situés sous les tropiques sont reconnus pour la patrie des maladies du foie, et c'est là que l'observation d'un plus grand nombre de faits, pourrait conduire à des résultats étiologiques plus satisfaisants.

Archives de médecine. — Décembre 1839.

Abcès du foie guéri par l'incision.

Nous avons rapporté, l'année dernière, un cas de guérison des plus remarquables, d'un abcès du foie, obtenue à l'hôpital des Invalides, par M. Pasquier, au moyen de l'incision. Les faits de cette nature sont trop rares et trop précieux, pour que nous n'enregistrions pas l'heureuse tentative faite récemment dans un cas identique, par un médecin italien, M. Petrunti. Il faut, quand des circonstances aussi graves se présentent à lui, que le médecin soit soutenu par des succès aussi complets, pour qu'il se détermine à recourir à une opération de ce genre, de laquelle dépend cependant la vie du malade.

A la suite d'une hépatite aiguë, dont M. Petrunti avait soigné un de ses clients, il survint dans l'hypochondre droit un œdème considérable, signe d'une suppuration profonde que venait confirmer une sensation obscure de fluctuation, sous la pression du doigt. Tous les genres de médications, interne et externe, n'empêchèrent pas les symptômes graves de s'accroître. La vie du malade étant en danger, M. Petrunti se décida à faire l'ouverture de l'abcès, qu'il présumait avoir son siége dans la partie convexe du foie. Le malade étant couché, et un peu penché sur le côté droit, il pratiqua une incision transversale d'un pouce et demi environ, dans le point le plus culminant et le plus fluctuant, entre la neuvième et la dixième côte, en suivant le bord supérieur de la côte inférieure, comme pour l'opération de l'empyème. Il divisa les deux plans de muscles intercostaux, et arriva sur le foyer de l'abcès, situé dans le parenchyme propre du foie. A l'instant, il s'échappa sans pression une quantité prodigieuse de pus couleur lie de vin. La plaie fut pansée avec une bandelette de linge effilé, laissée dans l'ouverture, et l'on recommanda au malade de conserver soigneusement la même position, pour conserver le parallélisme entre l'ouverture intérieure et l'incision de la peau. Grâce à la constance qu'il mit à exécuter cette recommandation, la suppuration eut un libre cours, et fut pendant une semaine très-abondante ; elle diminua bientôt de quantité, et acquit un caractère plus louable. La respiration, qui, auparavant, était très-difficile, devint plus naturelle; la fièvre diminua également, et finit par cesser entière-

(1) Nouvelle Bibliothèque, avril 1824. p. 74. et Arch. gén. de méd. janv. 1826. p. 6.

Digitized by Google

ment. Le traitement interne consista à administrer au malade des limonades végétales et minérales, de la décoction de quinquina; puis à permettre de légers bouillons, des potages, et graduellement des aliments plus solides et plus substantiels. L'ouverture resta fistuleuse pendant trois mois environ, donnant issue à une quantité de pus de moins en moins abondante. Mais bientôt l'usage intérieur des eaux de Castellamare amena une guérison complète.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Décembre 1839.

Constitution fébrile régnante, pendant l'été de 1839, dans la commune de Sion et environs (Loire-inférieure); par M. P. CHAUVIN, D.-M.-P.

Le vieillard de Cos avait observé et consigné dans l'histoire de la médecine que la fin de l'été et le commencement de l'automne se présentaient toujours avec de nombreuses affections abdominales et des fièvres: *Æstate verò febres continuæ et ardentes, et tertianæ plurimæ, et quartanæ, et vomitus, et alvi fluxus, etc. Autumno autem et ex æstivis multa et febres quartanæ, etc.* Depuis plus de vingt siècles ces mêmes phénomènes s'observent encore tous les ans, surtout dans nos contrées occidentales; mais jamais cette constitution médicale n'avait été plus marquée que cette année. Sur trois cent deux malades que j'ai vus dans les mois de juillet, août et septembre, deux cent soixante-cinq ont présenté des symptômes d'intermittence, la colique et souvent un petit dévoiement, et trente-sept seulement ont eu des maladies étrangères à cette constitution.

Les caractères de cette fièvre ont été bien dessinés: elle s'est présentée avec toutes ses variétés et sous tous les types; mais elle a été le plus ordinairement quotidienne ou tierce: nous avons eu moins de quartes que les autres années.

Pour donner une idée complète de cette épidémie, je crois ne pouvoir mieux commencer que par la relation de quelques cas particuliers qui la font voir toujours essentiellement la même, mais quelquefois légère, d'autres fois plus grave, et enfin parfois promptement mortelle.

Je ne m'arrêterai pas à décrire en particulier tous ces cas peu graves où la fièvre accompagnée de légères coliques, de nausées et de vomissement, quelquefois de douleur à la tête et dans les membres, a cédé, tantôt à la purgation, tantôt à la saignée, et toujours au sulfate de quinine. Les symptômes qui n'ont jamais manqué chez ces malades, sont l'intermittence et la douleur abdominale à un degré plus ou moins fort. Le frisson, la céphalalgie, les vomissements, l'enduit jaune et saburral de la langue et la diarrhée se sont souvent présentés, mais aussi ils ont souvent manqué complétement. Le traitement a été facile, les guérisons promptes; mais les rechutes ont été fréquentes.

La première observation, que je vais rapporter le plus brièvement possible, nous présente une maladie plus ressemblante avec les fièvres des années précédentes; l'innervation cérébrale a été plus affectée, et l'angoisse viscérale moins grande que dans les deux autres, qui vont nous montrer au plus haut degré ce dernier symptôme, vrai caractère de presque toutes les fièvres de cette année.

OBS. I. — Marie Degrée, âgée de soixante ans, avait été depuis plusieurs jours incommodée, et j'appris à mon arrivée auprès d'elle, qu'il y avait eu rémittence et colique dans son indisposition. Je la trouvai sans parole et sans connaissance, presque sans mouvement; la chaleur de la peau était modérée, le pouls petit, la langue sèche, les lèvres et les gencives couvertes d'un enduit fuligineux. On la faisait boire péniblement avec une cuiller: c'était le soir à dix heures. Le lendemain dans la matinée, elle était moins assoupie; je lui fis prendre huit grains de sulfate de quinine à neuf heures, autant à midi, et autant à trois heures du soir. Dans la journée le pouls se releva; il y eut réaction, chaleur et soif continuelle. Le lendemain tout allait bien. Elle a eu, depuis, deux petites rechutes dont le sulfate de quinine a triomphé facilement.

OBS. II. — Julien Moreau, jeune laboureur, âgé de vingt-cinq ans, jouissant d'une bonne constitution, avait depuis six jours une petite fièvre quotidienne avec un peu de colique et une petite diarrhée. Il éprouvait en même temps un grand mal de tête et beaucoup de pesanteur dans les membres. Je lui conseillai une saignée. Il venait de manger, et il avait un petit travail très-pressé qu'il désirait faire auparavant; nous convînmes qu'il viendrait me trouver à midi. Mais la fièvre le reprit presqu'aussitôt; on vint me dire qu'il était beaucoup plus mal: je le trouvai couché sur le dos, se plaignant et s'agitant sans cesse; il éprouvait un endolorissement général, mais surtout dans la région abdominale. La sensibilité de cette partie était la même à peu près partout; le ventre était un peu tendu et sonore. Il éprouvait souvent le besoin d'uriner et d'aller à la selle; mais la plupart du temps il ne pouvait rien rendre. Je pratiquai une saignée que je fus obligé d'arrêter plus tôt que je n'aurais voulu, parce que le malade ne pouvait rester plus longtemps dans la même position, et qu'il était tourmenté par un pressant besoin d'aller à la selle. Je donnai la tisane de gomme et une potion calmante. Vers minuit je revis ce malade: il était dans un état de malaise inexprimable; une sueur froide lui couvrait tout le corps,

Digitized by Google

les extrémités et le visage étaient froids comme un cadavre ; le pouls était à peine sensible ; la douleur et l'agitation étaient grandes, mais le malade ne pouvait en rendre compte, son intelligence s'égarait de temps en temps ; la respiration n'était pas bien gênée ; le ventre était dans le même état que précédemment. Je fis placer un vase plein d'eau chaude sous la plante des pieds, et deux sinapismes sur la face dorsale de la même partie, et je fis prendre à l'intérieur une potion éthérée. Peu de temps après, les pieds devinrent chauds et les jambes restaient froides, aussi bien que les bras et les mains. La chaleur des pieds n'était qu'une chaleur physique empruntée ; la chaleur vitale ne se développait pas encore. Ce ne fut que vers le matin que l'organisme triompha de cette oppression ; il y eut une réaction fébrile complète. Sans attendre la fin de l'accès, je fis prendre au malade vingt-quatre grains de sulfate de quinine en trois doses. Vers le soir, il y avait encore une *bonne* fièvre avec une sueur chaude, la langue sèche et une soif continuelle, mais beaucoup moins de douleur. Le lendemain, il n'y avait plus de fièvre, la langue était belle ; le malade dormait et avait déjà recouvré un peu d'appétit. Il y a eu depuis, une légère rechute de fièvre tierce.

Obs. III. — La jeune personne qui fait le sujet de cette troisième observation a succombé si promptement, qu'il ne serait pas possible de ranger sa maladie parmi les fièvres intermittentes, si je n'avais pas été frappé de l'identité de ses symptômes avec ceux des autres que j'avais vus auparavant et que j'ai vus encore depuis. Les mêmes symptômes ayant eu lieu, mais à un degré plus intense, comme on va le voir, on doit croire à la même influence épidémique. Si le phénomène de l'intermittence n'a pas eu lieu, c'est parce qu'il n'a pas eu le temps de se manifester.

Mademoiselle Félicité D...., âgée de vingt-trois ans, avait eu, dans son enfance et souvent depuis, des fièvres periodiques ; c'était sa maladie la plus ordinaire. Elle éprouvait, en outre, depuis quelque temps, un malaise indéfinissable vers la région précordiale et épigastrique dont elle n'avait pas voulu se plaindre, parce qu'elle ne savait comment rendre compte de son mal. Le mercredi, 21 août, elle se rendit à Chateaubriand pour affaires ; elle fut indisposée toute la journée, et le soir en rentrant elle fut tout à coup prise d'une douleur oppressive et accablante, se portant alternativement et quelquefois même simultanément dans divers points de la poitrine et du ventre ; elle passa la nuit dans une grande agitation avec quelques instants de délire. Je la vis le matin vers sept heures ; je la trouvai se plaignant sans cesse, elle dont j'avais admiré la patience extraordinaire dans d'autres maladies douloureuses. Une espèce de tiraillement insupportable sans élancements lui formait comme une *barre* ou une ceinture, depuis la région du cœur vers le côté droit de la poitrine, et quelquefois même jusqu'à l'épaule droite. Le pouls était petit, serré et fréquent ; les pulsations du cœur étaient imperceptibles à travers les parois de la poitrine. Cette douleur était si accablante, qu'elle obligeait la malade à se plaindre et à s'agiter continuellement ; mais elle ne paraissait pas gêner les mouvements respiratoires.

Un endolorissement régnait dans toute la région abdominale, et la pression qui ne gênait pas sur la poitrine était insupportable dans cette partie. La malade avait fréquemment envie d'aller à la selle et d'uriner, de même que le précédent ; elle se plaignait même beaucoup plus de ce dernier inconvénient, mais elle n'évacuait rien la plupart du temps. Le ventre était un peu gros, sans être bien dur ; la vessie paraissait également pleine, mais sans être distendue comme dans les rétentions d'urine complètes. La sonorité du ventre et sa tuméfaction inégale prouvaient que les intestins se laissaient distendre par des gaz Un lavement donné pendant la nuit, pour soulager cette colique, n'avait point été rendu. Une petite évacuation d'urine et de gaz avait mis le trop plein dehors, mais sans soulagement. La soif était continuelle et l'estomac se laissait remplir par les liquides ingérés, comme une poche inerte. La malade vomit en ma présence un mélange d'une partie de ce qu'elle avait pris pendant la nuit, sans aucune altération. La langue était dans son état naturel ; les facies n'était point altéré.

A côté de cette inertie de tous les organes de la vie nutritive, de cette espèce de paralysie viscérale, le système nerveux cérébro-spinal paraissait peu affecté. Si les mouvements étaient gênés, c'était à cause de la douleur que les déplacements faisaient éprouver aux parties malades.

Attribuant la petitesse du pouls à l'oppression produite par l'excès de la douleur, et connaissant d'ailleurs d'autres antécédents qui indiquaient la saignée, je lui en fis une d'environ douze onces, mais le pouls ne se releva point après cette saignée. Je donnai une potion calmante avec un grain d'hydrochlorate de morphine, qui ne produisit qu'un soulagement douteux. Cette malade et le précédent sont les seuls chez lesquels j'aie vu cette potion ne produire aucun effet ou à peu près. On donna à boire de l'eau panée, une tisane avec riz et gomme, deux lavements d'une décoction de graine de lin, et des fomentations émollientes sur le bas-ventre. Je soupçonnai déjà que la maladie à laquelle j'avais affaire était une affection fébrile, et je m'attendis à la voir se prononcer mieux vers le soir.

Je me rendis de nouveau vers six heures et demie du soir auprès de ma malade, qui m'inquiétait beaucoup ; elle avait un peu uriné ; elle avait rendu une

Digitized by Google

partie de ses lavements, mais seulement le *trop plein* comme précédemment; elle avait joui d'environ deux heures de soulagement pendant l'après-midi, et elle avait un peu dormi. Serait-ce une petite rémittence? Je suis porté à le croire; mais au moment où je la voyais son état était pire; quoiqu'elle souffrit moins de la poitrine, le ventre était dans le même état; les extrémités étaient froides, tandis que le tronc était encore brûlant; elle délirait par instant, quand on ne fixait pas son attention. Je voulus tenter encore une petite saignée exploratrice, mais il ne vint que trois ou quatre gouttes de sang; je vis avec effroi qu'il n'y avait plus de pouls, plus de circulation dans les bras. Cependant ces membres, que la mort envahissait de proche en proche, conservaient encore leur force; elle se soulevait sur ses coudes et tendait son bras. En même temps le visage pâlissait et la sueur froide paraissait sur les membres; je crus qu'il n'y avait rien à faire; on lui fit boire une infusion très-chaude de tilleul, on mit des sinapismes; mais la nature était vaincue, elle s'éteignit insensiblement et sans agonie au bout de 24 heures de maladie.

Réfléchissant ensuite sur le fâcheux événement dont je venais d'être témoin impuissant, je me convainquis de plus en plus que j'avais eu affaire à un cas extrême de la maladie régnante. Une réaction complète n'ayant pu avoir lieu à cause de la violence du mal, il ne put pas y avoir d'intermittence. Mais cette ressemblance des symptômes rend cette assertion incontestable. La douleur épigastrique et précordiale, la colique, la difficulté d'uriner, le besoin fréquent et inefficace d'aller à la selle, cette douleur oppressive et vague qui les mettait dans une agitation continuelle, la petitesse et la concentration du pouls et des pulsations du cœur, tous ces symptômes se rencontraient chez les trois quarts des malades à un degré plus ou moins fort.

Le siége organique de cette maladie me paraît on ne peut mieux démontré; ce n'est ni une gastrite, ni une entérite, ni une cystite, ni une splénite, ni une péritonite, ni une hépatite. Le trouble qu'éprouvent tous ces organes simultanément ne peut provenir évidemment que d'une affection profonde de l'innervation ganglionnaire : cette espèce d'inertie dans laquelle ils sont plongés quand la fièvre est grave prouve qu'ils manquent de cet influx nerveux nécessaire à leur action. Les filets du grand sympathique et leurs ganglions sont-ils devenus moins bons conducteurs du fluide nerveux, par suite d'une altération humorale, de même que le fluide galvanique agit moins bien dans la pile de Volta lorsque le liquide interposé n'est pas acidulé convenablement? Ou bien une des parties solides de ce grand ensemble est-elle obstruée, affectée d'une manière quelconque? Ce qu'il y a de certain, c'est que les fonctions de ce système sont spécialement troublées, de manière qu'il en résulte une espèce d'inertie. Les produits des sécrétions ne sont pas expulsés des viscères membraneux. Le sang regorge dans les viscères parenchymateux, surtout dans la rate. Le foie et les poumons n'en sont pas exempts. La contractilité des vaisseaux extérieurs, augmentée par le froid et fortifiée de plus par la pression musculaire, refoule ce liquide à l'intérieur, où il s'accumule, si la réaction est impuissante. Aussi la jeune personne qui fait le sujet de ma troisième observation, et dans les membres de laquelle nous avons vu qu'il n'y avait plus de sang quelques instants avant la mort, en rendit-elle une quantité considérable par la bouche quelque temps après. De quelque endroit que vînt ce sang, il faut nécessairement qu'il se fût accumulé dans un des viscères pendant les dernières heures de la vie. Il est à regretter pour la science que la pratique des autopsies ne soit pas encore possible dans nos campagnes.

Cette espèce de paralysie du système nerveux ganglionnaire explique assez bien les engorgements viscéraux si communs dans les fièvres, ce défaut de chaleur intérieure chez les fébricitants. Pendant la période algide, c'est un flux de l'extérieur à l'intérieur; et pendant la période de chaud, c'est le reflux du dedans au dehors. La vie paraît abandonner toutes les extrémités pour se concentrer là où le besoin se fait sentir particulièrement; et cette fluxion vitale par son excès même nécessite un reflux vers la périphérie. Une grande fatigue résulte ensuite de ce travail; mais l'impulsion est donnée, l'organisme se repose jusqu'à ce que les mêmes centres nerveux, retombés dans la même atonie par l'effet de la même cause que précédemment, ont besoin d'un nouvel effort pour se remonter au ton convenable. Ce qu'il y a de sûr dans les explications que je hasarde, c'est qu'il s'établit par l'effet d'une cause quelconque une stase ou un embarras dans les fonctions nerveuses, et que la réaction fébrile surmonte cet obstacle par la force de l'impulsion organique, et sans toutefois en détruire la cause. En effet, quand cette réaction triomphe, l'accès se passe; et quand elle ne peut s'opérer, la nature succombe, comme on le voit dans toutes les fièvres intermittentes pernicieuses au dernier accès. Après l'obstacle vaincu, la même cause persistant toujours, une nouvelle réaction redevient nécessaire; et comme toutes nos grandes fonctions sont périodiques, réglées sur les révolutions diurnes, la fièvre se trouve influencée par ce genre de périodicité; on croirait quelquefois que l'habitude en a fait, pour ainsi dire, une fonction naturelle. J'ai vu un malade qui l'a eue pendant sept ans, et j'en connais un autre qui l'a encore actuellement depuis seize ans. On

Digitized by Google

la lui coupe aussi souvent que l'on veut, mais pour huit ou quinze jours seulement.

Mais quelle est cette cause? Est-ce une atonie? Est-ce une obstruction? Est-ce une altération humorale, comme nous avons dit plus haut? Le quinquina et tous les fébrifuges, qui sont essentiellement amers et toniques, agissent-ils en donnant une forte tonicité aux fibres nerveuses, sur lesquelles ils opèrent une certaine vibration ou frissonnement, comme on le voit quand ils sont en contact avec l'organe du goût? ou plutôt réparent-ils par une opération chimico-vitale la composition altérée des humeurs intérieures, et les rendent-ils plus propres au développement et à la circulation du fluide nerveux? J'ai vu le savant professeur Récamier goûter la transpiration de ses malades, et affirmer qu'on ne pouvait compter sur la guérison d'une fièvre qu'autant que la sueur du malade avait retrouvé le degré d'acidité ou d'alcalinité qu'elle avait avant la maladie : cette supposition, qui était appuyée de quelques faits, n'est pas sans vraisemblance.

Quoi qu'il en soit, je reste convaincu que tous les symptômes, bilieux ou sanguins, les fluxions locales et autres accidents qui se voient très-souvent dans les fièvres intermittentes, ne sont que des phénomènes secondaires, qui ne sont pas la cause primitive du mal; ils méritent d'être traités directement lorsqu'ils paraissent à un degré assez intense pour aggraver la maladie principale; mais celle-ci doit toujours être la première dans les attentions du médecin. L'épidémie dont je viens d'être témoin expose cette vérité dans tout son jour; car, en présentant des symptômes très-variés et se laissant influencer heureusement par beaucoup de médications, une seule cependant lui a été d'une efficacité générale : c'est le sulfate de quinine, quand on a eu le temps de l'administrer.

REVUE MÉDICALE. — Décembre 1839.

Deuxième lettre thérapeutique à Pierre Bretonneau.

SUR LES VÉSICATOIRES.

Mon cher maître,

Dans ma dernière lettre je vous parlais de l'emploi des cantharides comme vésicants, et de quelques nouveaux modes de préparations plus convenables, plus faciles, que ceux qui étaient adoptés jusqu'ici. J'ai, depuis ma dernière lettre, fait un très-fréquent usage de l'extrait de cantharides par l'éther, et j'ai vu avec un grand plaisir que beaucoup de mes confrères s'empressaient d'adopter ces moyens dont ils avaient constaté l'utilité.

A coup sûr ce n'est pas une conquête thérapeutique, dont je cherche le moins du monde à me glorifier. Je sais que le plus simple, le plus ignorant des médecins, pouvait avec un peu d'attention, en dire autant et plus que je n'en ai dit sur ce sujet; je sais aussi que le papier vésicant ne sera pas beaucoup plus utile que les emplâtres employés jusqu'ici; mais enfin il sera plus propre et plus commode, et c'est seulement en cela que se recommande la petite innovation que j'ai introduite.

Aujourd'hui, mon cher maître, je veux vous parler de l'ammoniaque, et du calorique comme agents épispastiques.

Il semble, au premier abord, que ce soit là une chose si vulgaire et si facile, qu'en vérité, il soit superflu de s'en occuper, et cependant que de fois, dans vos causeries cliniques, ne nous avez-vous pas fait voir combien était difficile l'application de l'ammoniaque et du feu, pour ne pas rester en deçà et ne pas aller au delà de la vésication.

Grand partisan de la médication endermique que j'emploie encore plus souvent dans ma pratique particulière que dans mon hôpital, j'ai moi-même appliqué si souvent la pommade ammoniacale, je me suis trompé tant de fois en commençant, que je parlerai de ce moyen comme un vieux pilote des écueils qu'il a cent fois heurtés et mille fois évités; et j'épargnerai à ceux qui voudront profiter de mes fautes, de mes ennuis et de mon expérience, un apprentissage beaucoup plus long qu'on ne l'imagine communément.

Il est une vérité que l'on peut dire sans offenser personne, c'est que très-peu de médecins savent employer la pommade ammoniacale. C'est surtout depuis la belle et utile découverte de MM. Lembert et Lesieur, que les vésicatoires ammoniacaux sont devenus un moyen en quelque sorte vulgaire. Jusque-là on employait l'ammoniaque soit comme caustique, soit pour produire extemporanément une énergique inflammation de la peau, dans une circonstance grave, et l'on s'inquiétait fort peu des accidents qui pouvaient suivre.

Si l'on songe maintenant que, dans le traitement des névralgies de la face, des névralgies partielles, du rhumatisme apyrétique, la médication endermique occupe le premier rang; et si l'on considère que les vésicatoires ammoniacaux doivent tous les jours être appliqués sur la face, sur le cou, ou sur des parties habituellement découvertes, on comprendra combien il est essentiel de ne pas produire de cicatrices indélébiles.

Les vésicatoires ammoniacaux, s'appliquent soit

Digitized by Google

avec l'ammoniaque pure, soit avec la pommade ammoniacale.

Bien qu'en général on ait renoncé à se servir de l'ammoniaque pure, cependant dans une circonstance pressante, cette substance peut être employée. On taille une rondelle d'agaric ou bien une compresse fine en dix ou quinze doubles, de la largeur de la surface dont on veut enlever l'épiderme ; on imbibe la compresse d'ammoniaque et on l'applique sur la peau en ayant soin de le recouvrir d'un peu de sparadrap qui s'oppose un peu à l'évaporation du gaz ammoniac, et de l'arroser de quelques gouttes d'alcali volatil, toutes les deux ou trois minutes. Quand l'ammoniaque est concentrée et que la peau est fine, dix ou douze minutes suffisent pour le soulèvement de l'épiderme ; mais dans les cas les plus ordinaires, vingt, trente minutes d'application, ne causent que de la cuisson et de la rubéfaction.

La pommade ammoniacale est bien préférable.

Mais, mon cher maître, vous avez dû être frappé comme moi, de la difficulté extrême que l'on éprouvait à se procurer, dans les pharmacies, de la pommade bien préparée. Si je n'avais à cœur de ne blesser personne, je citerais beaucoup d'officines de Paris, et de celles qui sont gouvernées par les hommes les plus recommandables, dans lesquelles je ne puis presque jamais obtenir de bonne pommade alcaline.

Cela ne tient certainement ni à l'incurie, ni à l'infidélité des pharmaciens ; mais seulement au peu d'importance qu'ils attachent à une préparation qu'ils croient trop facile pour n'en pas laisser le soin à des élèves inexpérimentés.

La pommade est trop dure, ou trop molle, ou mal combinée. Ces trois défauts ne permettent pas de s'en servir, et il est essentiel de dire à quoi ils tiennent.

Pour la pommade ammoniacale, chaque pharmacien a sa formule et ne s'en tient pas au codex.

Mieux que moi, mon cher maître, vous connaissez les qualités physiques d'une bonne pommade. Elle doit être d'une blancheur éclatante ; elle doit être homogène, c'est-à-dire avoir *l'aspect gras de la crême*, car si elle est *grenue*, la préparation est manquée : dans ce cas l'ammoniaque n'est pas combinée, elle s'écoule dès qu'on applique la pommade sur la peau, et l'axonge et le suif restent seuls. *L'homogénéité de la pommade est la condition essentielle de son activité ;* il ne peut y avoir de pommade énergique, si elle est grumeleuse. Elle doit avoir une consistance telle qu'elle ne fonde pas à une température de 38° cent., c'est-à-dire à la température la plus élevée de la peau du corps. Cette condition est encore d'une importance extrême : car la pommade trop molle s'étale ou s'écoule, et, dans tous les cas, elle perd de son activité, et va porter son action sur des parties qu'elle devait respecter.

L'homogénéité et la consistance de la pommade ammoniacale sont, comme je le disais, deux conditions indispensables. La consistance convenable s'obtient aisément. Il suffit pour cela de mettre l'ammoniaque, l'axonge et le suif, non dans les proportions indiquées par le codex, mais dans celles que je signalerai plus bas.

Quant à l'homogénéité, c'est là ce que l'on obtient difficilement ; et c'est là qu'échouent presque tous les élèves auxquels les pharmaciens confient la préparation.

Voici la formule du codex :

Suif, (sebum ovillum), une once	(32 gram.).
Graisse de porc (adeps porcinus), une once	(32 gram.).
Ammoniaque liquide à 25° (ammonia liquida), deux onces	(64 gram.).

Faites liquéfier le suif et l'axonge dans un flacon à large ouverture, ajoutez l'ammoniaque, fermez le flacon et agitez vivement. Tenez le flacon plongé dans l'eau froide, en ayant soin d'agiter de temps en temps, jusqu'à ce que la pommade soit refroidie. (Codex, n° 369.)

Il semble que le codex doive être le manuel de tous les pharmaciens, et que, en cette qualité, il doive entrer dans des détails suffisants ; mais ce livre ressemble à tant d'autres qui méprisent les menus détails et qui n'apprennent à peu près rien à ceux qui ne savent pas leur métier.

Je veux d'abord parler des proportions données par le codex. Le suif de mouton préparé avec la graisse des rognons est d'une excessive dureté, l'axonge bien préparée avec les épiploons du porc, est également assez consistante ; or, quand on veut suivre exactement les prescriptions du codex, on fait une pommade dure, au point de ne pouvoir quelquefois être étalée sur la peau. Dans les chaleurs extrêmes de l'été, la consistance d'une pommade ainsi préparée peut être convenable; mais à une température ordinaire, la pommade est trop dure, et en hiver il est impossible de s'en servir. Voici les formules dont l'expérience m'a démontré la convenance.

Formule d'été.

Axonge récente,	12 grammes (3 gros).
Suif de mouton,	4 grammes (1 gros).
Amm. à 22,	16 grammes (4 gros).

Formule d'hiver.

Axonge récente Amm. à 22°	de chaque 16 gram. (4 gros).

Digitized by Google

Les quantités indiquées par le codex ne valent rien et voici pourquoi : on manque rarement 20 ou 30 grammes de pommade ; on réussit difficilement lorsqu'on en prépare à la fois plus de 30 grammes, à plus forte raison quand le flacon contient 125 grammes (4 onces de matière. Aussi, convient-il de ne jamais prescrire plus de 30 grammes (1 once) à la fois.

Le codex recommande de prendre de l'ammoniaque à 25° degrés. C'est là une bonne recommandation, qui, vous le savez, ne peut jamais être remplie. La plus forte ammoniaque du commerce, marque 22°, et encore doit-elle, pour avoir ce degré, être livrée pendant une saison froide, car si la température était élevée, la tension du gaz ammoniac briserait les flacons ou bien le gaz s'échapperait. Dans les meilleures officines, l'ammoniaque marque 21, rarement 22°. Pour conserver ce degré, elle doit être tenue dans un lieu frais, à la cave, par exemple. Le flacon ne doit d'ailleurs servir que pour la fabrication de la pommade, car si on l'ouvre plusieurs fois par jour, l'alcali ne marque bientôt plus que 18 et même 17°. Ce n'est pas que, dans la fabrication de l'ammoniaque, on ne puisse obtenir 25° ; mais *il faut de la glace, et* des précautions qu'on ne prend jamais que pour des expériences de laboratoire.

Que si le codex prescrit de l'ammoniaque à 25°, alors que au n° 48, ce même codex ne la prépare qu'à 22°, les pharmaciens en général, loin de s'attacher à la lettre de leur évangile, s'en éloignent au contraire à ce point qu'ils n'emploient souvent que l'ammoniaque, qui se trouve sur les rayons de la boutique ; et comme d'une part le flacon est souvent ouvert, et que d'autre part, la température de l'officine est souvent fort élevée, ils nous donnent de l'ammoniaque à 16 ou 17°, avec laquelle il est impossible de faire de bonne pommade.

Examinons maintenant les autres indications du codex. « Faites liquéfier, dit-il, le suif et l'axonge dans un flacon à large ouverture ; » le codex devrait ajouter, et bouché à l'émeri, ce qui est indispensable ; « ajoutez l'ammoniaque. »

Voici, mon cher maître, où le codex parle de trop haut, et ne se souvient pas assez qu'il devrait être un manuel de pharmacie. L'élève fait liquéfier ses graisses, puis il ajoute l'ammoniaque, comme on le lui dit ; mais si la graisse est trop chaude, il y a à l'instant même dégagement soudain de gaz ammoniac, et la pommade est trop faible.

Il faut faire fondre ses graisses, jusque là qu'elles *deviennent* parfaitement limpides, puis les laisser refroidir en les agitant doucement jusqu'au moment où elles commencent à grener légèrement, ce qui est indiqué par une teinte un peu opaline ; en versant alors l'ammoniaque, il ne se perdra que fort peu de gaz.

Comme vous voyez, ces petites précautions ne sont pas sans importance.

Continuons et laissons parler le codex : « Fermez le flacon et agitez vivement, » il aurait mieux fait de dire : « fermez vivement le flacon et agitez, tenez le flacon plongé dans l'eau froide, en ayant soin d'agiter de temps en temps, jusqu'à ce que la pommade soit refroidie. »

En suivant scrupuleusement ces préceptes du codex on manque à peu près toujours la pommade, en ce sens qu'elle est grumeleuse, et qu'elle ressemble assez souvent à du lait caillé nageant dans du sérum.

Il faut, disais-je, fermer vivement le flacon et le ficeler, puis faire subir au mélange quelques succussions, pendant un quart de minute ou une demi-minute ; faire chauffer alors le flacon pendant quelques secondes, si la mixtion n'est pas bien intime, agiter de nouveau, faire quelquefois encore rechauffer, et quand le mélange est parfaitement fait, ce qui a lieu ordinairement au bout d'une minute ou d'une minute et demie, on plonge le flacon dans l'eau froide et on le laisse en repos.

Voilà bien des minuties ; mais je me suis donné la peine de faire moi-même de la pommade ammoniacale, afin de comprendre pourquoi il m'était si difficile d'en avoir de bien faite, et je l'ai manquée si souvent avant de parvenir à la préparer, qu'en vérité, je me ferais un scrupule de ne pas dire par quelles petites pratiques je suis arrivé à ne la manquer presque plus. Ce que je sais très-bien, c'est que dans plusieurs pharmacies de Paris, et dans mon hôpital, où je trouve toujours d'excellente pommade ammoniacale, elle se prépare, non comme le dit le codex, mais comme je viens de le dire.

Je viens, mon cher maître, de faire un peu le procès des pharmaciens ; j'aurais maintenant mauvaise grâce à être trop indulgent pour nos confrères, qui vraiment, du moins pour la plupart, ne se doutent guère de la façon dont il faut employer la pommade ammoniacale pour faire des vésicatoires.

M. Gondret, qui a imaginé cette pommade, et qui lui a donné son nom, ne s'en servait presque pas pour produire la vésication ; mais bien surtout pour escharifier superficiellement le cuir chevelu, dans le traitement de la cataracte naissante ; aussi les préceptes qu'il a donnés, ne concernent-ils que cette espèce de moxibustion ; c'est surtout, ainsi que je le disais plus haut, depuis les beaux travaux de MM. Lembert et Lesieur, sur la méthode endermique, que les vésicatoires ammoniacaux sont devenus d'un usage beaucoup plus fréquent, et j'ai peut-être, pour ma part, contribué à en populariser l'emploi ; mais encore une fois, c'est une chose extrêmement difficile de bien appliquer un vésicatoire ammoniacal. Ici, il va me falloir descendre dans bien des

Digitized by Google

petits détails; mais mieux que personne vous en apprécierez l'opportunité, et quelques-uns de nos confrères, arrivés comme moi, après beaucoup de tâtonnements, retrouveront, j'en suis sûr, bien des choses qui leur sont aujourd'hui familières, et qui malheureusement ne le sont pas au plus grand nombre.

Quand on veut produire la vésication, on applique sur la partie, un petit tas de pommade ammoniacale. S'il s'agit d'une surface horizontale, il importe assez peu que la pommade ait une consistance convenable; mais si la surface est inclinée ou verticale, on comprend qu'il sera parfaitement impossible d'appliquer une pommade diffluente, comme est celle de quelques pharmaciens qui y ajoutent de l'huile, afin de mieux mêler les éléments de leur savonule. Si la pommade est trop ferme, ce qui arrive pendant l'hiver, lorsqu'on suit la formule du codex, elle s'applique en fragments, n'adhère pas, et par conséquent ne remplit pas le but.

On applique donc la pommade.

Ici, quelques personnes recommandent des précautions, et vous êtes, mon cher maître, de ces personnes. Pour éviter la déperdition du gaz ammoniac, vous mettez la pommade dans un dé à coudre, dans une petite cupule métallique, dans le goulot d'une petite bouteille, dans un tube de verre assez large et très-court, et vous tenez la substance vésicante en contact avec la peau, en exerçant une légère pression. D'autre recouvrent tout simplement le petit tas de pommade avec un morceau de diachylon ou de taffetas ciré.

Je conviens volontiers que ce mode d'application rend la pommade plus active; mais malgré l'habitude que j'ai de trouver bon tout ce que vous faites, habitude que je ne suis pas près de perdre; je ne puis m'empêcher de blâmer très-expressément votre manière de faire et celles qui s'en rapprochent, et voici pourquoi :

Il est *indispensable* d'avoir l'œil sur ce que l'on fait; je dis *indispensable*, et mieux que moi vous le savez; or, la pression que vous exercez sur la peau avec le dé à coudre ou la cupule, vous dissimule des phénomènes fort essentiels à constater, et qui doivent vous servir en quelque sorte de régulateurs.

Voyons en effet, quels sont les effets de la pommade ammoniacale bien préparée.

Au moment où l'on vient d'appliquer la pommade, le patient éprouve une légère impression de froid, qui dure jusqu'à ce que l'équilibre de la température se soit établi. Une minute ou deux se sont à peine écoulées, que la cuisson commence à se faire sentir; cette cuisson devient un peu vive, et vers la quatrième ou la cinquième minute elle a ordinairement atteint son summum; à partir de ce moment, elle demeure stationnaire, et même elle diminue quelquefois; et diminue lors même que l'action de la pommade va jusqu'à l'escharification du derme. Il faut donc bien se garder de juger de l'effet de l'ammoniaque par le degré de la douleur; car, en le faisant, on s'exposerait aux plus déplorables erreurs.

En examinant avec attention ce qui se passe autour du petit tas de pommade, on voit bientôt la peau rougir, et l'auréole d'abord très-bornée, s'étendre à quelques centimètres de rayon. Cette rougeur mérite une très-sérieuse considération, car elle indique que la pommade commence à agir profondément sur le derme, et il est temps alors de la retirer. Voilà surtout pourquoi il convient de laisser découverte la partie où l'on veut faire une vésication.

Il ne faudrait pas croire que toujours la rougeur dont je parle se manifeste. Quand la peau n'est pas vasculaire, il arrive que l'épiderme se soulève avant que l'auréole congestive apparaisse. Ces cas sont les plus rares; mais enfin ils existent.

La durée de l'application de la pommade ammoniacale varie singulièrement; dans le cas même où la préparation est bien faite et toujours identique. Elle varie sur la même personne, suivant les parties sur lesquelles elle est faite; elle varie chez les personnes différentes, par des motifs qu'il est impossible d'indiquer.

La partie qui m'a paru la plus accessible à l'action de l'ammoniaque, est la tempe, puis les parties latérales du col, puis le tronc, la face interne des membres, le dos du poignet, la face externe des membres, et enfin le coude-pied. J'avoue que je n'ai jamais pu comprendre pourquoi j'éprouvais en général, tant de difficulté à soulever l'épiderme du coude-pied, où la peau est si fine, tandis que se produisait plus aisément la vésication sur le trajet du nerf sciatique, où la peau a beaucoup plus d'épaisseur. J'ai vu plusieurs fois deux minutes d'application suffire pour la tempe; cinq minutes sont le plus souvent nécessaires. En général, on peut dire que lorsque la pommade est bonne, il ne faut nulle part plus de dix à douze minutes; et ordinairement cinq à huit sont tout ce qu'il faut.

Comme l'auréole congestive dont je vous parlais tout à l'heure, manque quelquefois, et que rien alors ne peut éclairer le médecin sur l'effet de l'ammoniaque, il convient d'enlever la pommade toutes les cinq minutes, et d'en réappliquer de nouvelle, si *l'épiderme ne commence pas à se soulever*.

C'est avec dessein, mon cher maître, que je me suis servi de cette expression : *si l'épiderme ne commence pas à se soulever*. Il faut en effet qu'il *commence* seulement à se soulever, car si la phlyctène est bien formée on a été trop loin; je vais en dire la raison tout à l'heure.

Quand on enlève la pommade, on ne voit le plus souvent aucune bulle de sérosité. Il n'en faut pas con-

Digitized by Google

clure que l'effet est manqué. Après avoir essuyé la peau, on y passe la pulpe du doigt, afin de voir si l'épiderme n'est pas détaché. On constate souvent qu'il n'est plus adhérent au derme; on l'enlève alors tout d'une pièce en frottant avec un morceau de linge, et le chorion est à nu. *C'est là l'effet le plus désirable, celui auquel doit toujours tendre le médecin.* Le derme, dans ces conditions, n'est jamais escharifié, il absorbe facilement les médicaments qu'on lui confie, et jamais la petite plaie ne laisse de traces. Quand la surface du vésicatoire n'a que de petites bulles disséminées, l'effet est encore bon; mais si la phlyctène est soulevée en bulle tendue, le derme est ordinairement escharifié superficiellement; en tout cas il est trop irrité, il absorbe mal, et ce qu'il y a de plus grave, il garde une marque souvent indélébile, ce qui est fort grave, surtout si l'on considère que les vésicatoires ammoniacaux s'emploient surtout dans le traitement des névralgies, que ces maladies atteignent le plus souvent les femmes, et que leur lieu d'élection, est ordinairement la face et le col; je vous laisse à penser maintenant, combien le médecin est coupable de négliger de petites précautions dont l'oubli a de si cruelles conséquences pour les femmes; et lors même que l'on appliquerait le vésicatoire ammoniacal sur une partie qui doit être dérobée aux regards, toujours est-il, qu'il ne faudrait pas oublier les recommandations que j'ai faites, puisque, en définitive le but de ce mode de vésication, est d'ouvrir à l'absorption une voie nouvelle, et que l'absorption est presque nulle, quand on a trop vivement irrité le derme.

Que de paroles, mon cher maître, pour un vésicatoire ammoniacal! mais que de choses je devrais encore dire pour ne rien omettre! que de petits détails sur lesquels il conviendrait d'insister encore! Lorsque j'aurai à parler du pansement de ces vésitoires, je serai encore tout aussi prolixe, dussé-je encourir le blâme de ceux qui me reprochent de regarder si bas et de si bas.

On ne s'est pas contenté des cantharides et de l'ammoniaque, on a voulu, dans le même but, se servir du calorique. Vous savez les singuliers moyens que l'on a imaginés, pour communiquer à la peau une chaleur suffisante. Les uns ont tout simplement enflammé sur la peau un peu de poudre à canon, préalablement mouillée, façonnée en trochisque et séchée. M. Pigeaux plaçait sur la peau une rondelle de linge en plusieurs doubles et imbibée d'alcool qu'il enflammait. Mais un homme à idées pratiques, et surtout applicables, a imaginé d'employer les rayons solaires concentrés avec un verre convexe. Vous comprenez combien est commode un pareil moyen.

Mais l'eau bouillante et ce que l'on appelle le marteau d'eau sont tous les jours mis en usage pour produire la vésication. Le premier de ces moyens est du domaine public depuis bien des siècles; le deuxième a été conseillé pour la première fois, je le pense, par M. Mayor, de Lausanne.

Il faut bien s'entendre sur le but que l'on se propose avec l'eau chaude. Si l'on veut à tout prix, exciter vivement la sensibilité engourdie comme dans certaines apoplexies, on projette de l'eau sur les jambes du malade, et si la brûlure va au delà des bornes de la vésication, on n'y attache aucune importance. Pourtant je ne conçois guère les façons d'agir de ces médecins qui, dans le but de guérir un malade, car je suppose qu'ils agissent dans ce but, risquent de déterminer une lésion très-grave et qui peut compromettre plus tard la vie de ceux qu'ils ont sauvés d'un premier danger. Je me rappelle à ce sujet l'histoire d'une jeune dame qui, au moment d'accoucher, fut prise de convulsions qui furent, comme d'habitude, suivies de stupeur. L'accoucheur appliqua des sinapismes, qui restèrent en contact avec la peau pendant toute une nuit. Au point du jour, l'accouchée revint à elle; on ôta alors la moutarde. De graves accidents locaux survinrent et des eschares se manifestèrent au coude-pied et aux poignets: les tendons furent dénudés et la malade faillit mourir du remède après avoir échappé à l'éclampsie.

Si l'on considère maintenant que les vésicatoires avec l'eau bouillante sont surtout appliqués aux extrémités inférieures et que les maladies comateuses s'observent surtout dans un âge avancé, on comprendra combien il est essentiel de ne pas occasionner des plaies aux jambes, qui peuvent ne pas guérir et laisser d'incurables infirmités.

On sait assez mal, ou pour mieux dire, on ne sait pas du tout à quel degré le calorique peut produire la vésication. Il suffit pourtant de jeter une coup d'œil sur les brûlures pour comprendre que la température de l'eau fait varier singulièrement les effets du calorique. La brûlure, nous le savons tous, a trois degrés, la rubéfaction, la vésication, l'escharification. Le troisième degré peut consister tantôt dans une mortification qui envahit toute l'épaisseur, ou seulement la superficie du derme; le deuxième degré exclut l'idée de mortification, et la vésication seule est produite avec l'ulcération et les sécrétions morbides qui en sont la conséquence.

Si maintenant on songe un instant au mécanisme des brûlures faites avec l'eau bouillante, on ne tarde pas à être convaincu que l'escharification de tout le derme, a lieu là où le flot de liquide bouillant est tombé; que la mortification superficielle s'observe dans les points qui ont été à peine touchés par l'eau bouillante, et sur lesquels le liquide, privé d'une partie de sa température, a coulé; qu'enfin le deuxième degré de la brûlure est produit par l'eau,

Digitized by Google

qui, en traversant les vêtements, a perdu beaucoup de chaleur, ou qui n'a atteint les tissus qu'après avoir, chemin faisant, causé des brûlures au troisième degré. Cette simple observation aurait dû à tout jamais ôter aux médecins l'idée de se servir de L'EAU BOUILLANTE pour produire la vésication.

Il fallait, mon cher maître, élucider cette question, et j'ai entrepris une série d'expériences peu nombreuses, mais décisives pourtant, qui me permissent de constater le degré de température nécessaire pour produire la vésication.

Le marteau de Mayor m'a parfaitement servi pour cela, et les expériences ont été faites sur des malades atteints d'affections qui réclamaient l'emploi de moxas.

Vous savez mieux que moi en quoi consiste le marteau de Mayor. On trempe un marteau emmanché de bois dans de l'eau bouillante, l'ébullition s'arrête un instant, à cause de l'emprunt de calorique que le métal fait au liquide. Au bout de quelques instants, l'eau recommence à bouillir, et par conséquent la température est en équilibre; on enlève alors le marteau que l'on applique immédiatement sur la peau. La douleur est vive, et quand on enlève le marteau, on trouve la peau décolorée et comme enfoncée. Il y a une véritable eschare, et pourtant le fer cède et perd rapidement son calorique.

Si le marteau a été mis dans de l'eau à 80° cent. et qu'il soit d'un certain volume, il fait encore une eschare: à 70°, il cause presque immédiatement une phlyctène, et il semble au premier coup d'œil que l'effet désirable soit obtenu; mais quand l'épiderme est détaché, on aperçoit au-dessous une espèce de fausse membrane, qui n'est en définitive qu'une couche superficielle du derme mortifié.

N'était-il pas évident, mon cher maître, que l'on devait produire une eschare toutes les fois qu'on appliquait à la peau un corps capable de céder au sang des vaisseaux capillaires du derme une quantité de calorique capable de coaguler l'albumine; or on sait que cette coagulation a lieu à 70° cent.

Or, l'albumine coagulée n'est plus viable, et, devenue corps étranger, elle devient une véritable eschare.

La question était de savoir si, au-dessous de 70° cent., il n'y aurait pas de désorganisation de quelques-uns des éléments du derme. C'était encore à l'expérience de prononcer. Vous avez vu que, en prenant d'abord 100° pour premier terme d'expérience, j'étais descendu à 70°. Je résolus alors de commencer au terme extrême de 50° cent., et de remonter vers 70° pour trouver le degré précis auquel l'irritation produite par le calorique devait déterminer la vésication, et rien que la vésication.

A 50°, le marteau causait de la rubéfaction, qui persistait quelquefois pendant une heure, si l'on avait laissé le marteau jusqu'à ce qu'il fût en équilibre avec la peau. L'impression était un peu douloureuse. A 55°, la douleur était très-vive, la rubéfaction persistante, et si, lorsque le premier marteau est un peu refroidi, on en applique un autre à la même température, il ne tarde pas à se former une bulle et le derme n'est pas altéré. A 60° la douleur est très-vive, et insupportable pour presque tous les malades; une seule application du marteau détermine la vésication: mais si l'application est renouvelée, il y a une eschare superficielle, à plus forte raison le même effet se produit-il à 65°. Il ne faut pas s'étonner qu'une eschare se forme, lorsque, pendant plusieurs minutes on a appliqué à la peau une température de 65°, car si l'albumine ne se coagule qu'à 70, il n'en est pas de même de la fibrine qui se condense à une température beaucoup moins élevée.

Je me résume, mon cher maître. L'application du marteau de Mayor, à 100, 90, 80 et même 70°, produit une eschare. L'application répétée à 65° mortifie superficiellement le derme, mais produit toujours la vésication; entre 55 et 65°, on a une vésication, le plus ordinairement sans mortification.

Il y a loin, comme vous voyez, des 55 ou des 60° à 100 degrés qui étaient conseillés jusqu'ici, et vous concevez aisément combien était déplorable cette manière d'appliquer des vésicatoires avec de l'eau bouillante que l'on versait sur la partie, ou bien encore ce qui n'était pas moins grave, avec un mouchoir plié en plusieurs doubles, trempé dans l'eau bouillante et appliqué sur la peau. Que d'accidents par cette fatale méthode! et certes si le plus souvent les médecins n'avaient pas usé d'un pareil remède pour des mourants qui n'étaient pas rappelés à la vie, ils auraient pu en apprécier les terribles conséquences.

Mais vous, mon cher maître, qui avez tant insisté auprès de la génération médicale actuelle, sur la spécificité des phlegmasies; vous dont la voix, entendue des vrais praticiens, n'a trouvé par conséquent que peu d'échos, permettez-moi de dire après vous et avec vous que, parmi toutes les causes phlegmasiques, le calorique est une de celles qui amène à sa suite les plus énergiques douleurs, et les inflammations les plus tenaces. La brûlure est donc un moyen qu'on ne doit employer qu'à défaut de tout autre, et seulement quand il survient des accidents pressants et qui vont être immédiatement mortels.

Ce n'est pas à dire que je proscrive l'eau bouillante comme agent de moxibustion, et dans ce sens, le marteau de Mayor est un excellent moyen; mais comme agent de la vésication, le calorique est infidèle, douloureux, dangereux, et doit par conséquent être banni de la thérapeutique.

Adieu, mon cher maître. Avant de vous parler de

Digitized by Google

quelques nouvelles recherches que j'ai faites sur la trachéotomie, dans la période extrême du croup et de la phthisie laryngée, je veux vous entretenir du mode de pansement des vésicatoires cantharidés et ammoniacaux, et j'en ferai le sujet de ma prochaine lettre.

Je vous embrasse avec affection.

A. Trousseau,
Pr. de thérap. de la Fac. de Méd. de Paris.

Journ. des connaiss. méd.—Décembre 1839.

Sur l'emploi de l'extrait de nicotiane, dans les hernies étranglées et dans la chute du rectum avec étranglement.

Le mémoire couronné de mon confrère, M. Szerlecki, sur l'emploi thérapeutique du tabac officinal (*nicotiana tabacum*), m'engage à vous transmettre deux cas de guérison de hernies que j'ai obtenus il y a quelques années, par l'emploi de l'extrait de la nicotiane en lavement et en friction; comme aussi l'indication d'un cas de chute du rectum avec étranglement, dont j'ai triomphé par le même moyen. Je m'estime heureux de venir confirmer, par mon expérience, les observations de mon honorable confrère, relativement à l'action thérapeutique du tabac dans l'étranglement rectal et dans les hernies étranglées.

Je fus appelé, dans la nuit du 22 mai 1836, chez le sieur Jean Aubenque, boucher, à Fontez (Hérault), pour donner mes soins à son berger, âgé de vingt et un ans. Ce pauvre malheureux était, depuis plus de huit heures, en proie à d'horribles souffrances; il avait d'atroces coliques, et ses vomissements étaient continus et présentaient un peu l'odeur des matières fécales. Je l'examinai, et n'eus pas de peine à reconnaître qu'il était atteint d'une hernie inguinale du côté gauche laquelle s'était étranglée; la tumeur était dure, du volume du poing, et très-sensible à la pression. Je lui pratiquai de suite une saignée copieuse, et le fis mettre dans un bain préparé avec une forte décoction de jusquiame blanche; et, pour calmer ses vomissements, je prescrivis la potion anti-vomitive de Rivière, qu'il prit par cuillerées à soupe de demi-heure en demi-heure. Pendant le bain, je tentai, mais en vain, de réduire la hernie; après le bain, dont la durée fut de deux heures, je fis faire des frictions toutes les heures sur la tumeur, avec un gros d'extrait mou de belladone. Le 23, à midi, il n'y avait point d'amélioration, et j'étais décidé à faire appeler M. le docteur Sabathier, de Pézénas, pour opérer le malade, lorsque je me souvins que M. Durantis père, chirurgien à Saint-Jean-du-Bruel (Aveyron), avait guéri plusieurs hernies étranglées, par l'emploi de la nicotiane en lavements et en frictions sur la tumeur. Je me procurai, chez M. Martin aîné, pharmacien, à Pézénas, trois onces d'extrait mou de nicotiane; j'en appliquai environ une once sur la tumeur, et, en même temps, je fis dissoudre huit grains du même extrait dans six onces d'eau de jusquiame blanche, que je donnai moi-même de suite en lavement. Je recommandai aux parents de ne pas troubler le malade, s'il avait de la propension au sommeil. Il était cinq heures du soir quand cette nouvelle médication fut employée. Bientôt après, il tomba dans un profond sommeil, qui dura sept heures. J'étais auprès de lui quand il s'éveilla; il avait l'air effaré, et présentait tous les signes du narcotisme. Je me hâtai d'examiner l'état de la hernie. Quel fut mon étonnement et ma satisfaction de voir qu'elle était entièrement rentrée! Voici un autre fait.

Le sieur Calas, demeurant à Neffiés (Hérault), vint, le 2 août suivant, à trois heures du matin, et me dit: J'ai su que vous aviez guéri le pâtre du boucher de votre village. J'ai mon fils qui est malade depuis deux jours; il vomit tout ce qu'il mange: je crois qu'il a la même maladie que le berger. Je me rendis auprès du malade, âgé de douze ans, et le trouvai avec une hernie étranglée du côté gauche. Je suivis le même traitement. — Bain entier émollient de deux heures, potion de Rivière, contre les vomissements; tentatives infructueuses de réduction. Alors, première friction sur la tumeur avec deux gros d'extrait de nicotiane; point d'amélioration. Trois heures après, nouvelles frictions à la même dose. Quelque temps après, le malade eut des bâillements, mais sans sommeil. Bientôt, je fis dissoudre cinq grains d'extrait de nicotiane dans cinq onces d'eau commune, que je donnai moi-même en lavement: ce lavement calma les coliques qu'il éprouvait, et, vers le soir, la hernie rentra d'elle-même, sans que le malade eût présenté de tendance au sommeil.

Quant au cas de chute du rectum avec étranglement du sphincter, il m'a été présenté par le jeune fils du nommé Bousquet, de Fontez, âgé de trois ans, le 8 janvier 1837. Cet accident était survenu à la suite des efforts pour aller à la garderobe. Il durait depuis deux jours, et déterminait de vives douleurs. Je prescrivis des bains de siége émollients, à la sortie desquels on faisait une friction d'un gros d'extrait de nicotiane matin et soir, sur la partie malade. En trente-six heures, la rentrée de l'intestin était opérée et l'enfant guéri.

Duchêne, méd.
A Quarante (Hérault).

Bull. de thérapeutique.—Décembre 1839.

Digitized by Google

***Note sur le traitement des tumeurs synoviales par l'incision sous-cutanée, adressée à l'Académie royale de médecine, et communiquée* par M. le docteur Barthélemy, chirurgien de l'hôpital du Gros Caillou.**

Frappé, d'une part, de l'insuffisance des réfrigérants, des frictions mercurielles, de la compression, des vésicatoires, de l'écrasement et des ponctions pour guérir radicalement les tumeurs synoviales; et, d'autre part, des accidents parfois si redoutables attachés au traitement de ces tumeurs par le séton, les injections irritantes, l'incision et l'ablation complète, j'ai songé à leur appliquer la méthode des *sections sous-cutanées*, dont les principes et les avantages ont été si bien établis par M. J. Guérin.

Un jour que j'assistais à une application que ce chirurgien faisait de cette méthode à la section des muscles du cou, j'ai conçu immédiatement l'idée de l'étendre au traitement des tumeurs synoviales. En conséquence, le 14 novembre 1838, j'ai publié, dans la Lancette, un procédé qui consiste à glisser sous la peau à laquelle on a fait un pli, une espèce de fer de lance mince, allongé, porté sur une tige cylindrique, longue de deux pouces et coudée près du manche de l'instrument. On s'avance de loin sous la peau, vers le côté gauche du ganglion que l'on fend en deux comme une amande, après quoi l'instrument est retiré par la ponction d'entrée, de telle sorte que l'opération se trouve tout à fait exempte du contact de l'air. La liqueur que le kyste contient se répandant dans le tissu cellulaire, il disparait aussitôt et ne laisse pour ainsi dire aucune chance de ces récidives dont tous les autres moyens thérapeutiques sont entachés. C'est du moins ce que les prévisions théoriques permettent d'espérer.

M. Chaumet, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Bordeaux, vient de se servir de ce procédé 1° sur madame Suzane Ricard, épouse d'un tailleur; 2° sur une jeune fille des Landes. Dans la communication que cet honorable confrère a bien voulu me faire de ces deux observations, il me dit qu'il s'est avancé d'un peu loin vers les tumeurs, qu'il a seulement ponctionnées avec une aiguille à cataracte, et qu'elles se sont affaissées à l'instant même. Après que son instrument a été retiré, il a appliqué sur tout le lieu de l'opération des compresses froides qu'il a maintenues par quelques tours de bande légèrement serrés. En peu de jours, il a conduit ses deux opérées à une guérison qu'aucun accident inflammatoire n'est venu traverser.

J'aurais préféré que M. Chaumet appliquât mon procédé pur et qu'il fendit les tumeurs. L'expérience a en effet démontré qu'avec la ponction seulement, ces maladies sont fort sujettes à se reproduire. M. Velpeau (dans ses *nouveaux éléments de médecine opératoire*) dit qu'il en a assez souvent opéré par la ponction sous-cutanée, *sans avoir jamais obtenu de guérison radicale*. Aussi voudrait-il qu'on ajoutât à ce moyen le vésicatoire et la compression.

M. Maréchal, chirurgien aide-major au 15e de ligne, qui est venu dernièrement me prier de lui confier l'instrument que j'ai fait faire *ad hoc*, s'est conformé à toutes les indications de mon procédé sur un officier d'artillerie, de Vincennes; seulement, au lieu de glisser la lame sur la partie gauche du ganglion, comme je le conseille, il l'a portée directement sur la partie moyenne, l'a percé de part en part, et n'a eu, pour l'inciser en entier, qu'à incliner son double tranchant à droite et à gauche. Cette légère modification à mon procédé peut avoir l'avantage d'en faciliter l'exécution; c'est ce que pense M. Maréchal, et peut-être a-t-il raison. Du reste, il a terminé son opération en retirant l'instrument avec les précautions exigées. Des compresses trempées dans l'eau froide, une compression légère et le repos absolu du membre opéré ont amené une guérison aussi prompte que facile.

Les trois observations précédentes suffisent, je pense, pour démontrer la possibilité d'appliquer la méthode des sections sous-cutanées à la cure des tumeurs synoviales, et tendent à confirmer les prévisions que M. J. Guérin a exprimées à l'égard des services que ce mode opératoire nouveau est susceptible de rendre à la chirurgie.

Je me propose d'appliquer prochainement la même méthode à la destruction sous la peau, avec un instrument *ad hoc*, d'un lipôme assez volumineux situé sur la partie postérieure du cou, chez une dame qui ne veut entendre parler d'aucune opération sanglante.

Note du rédacteur. Nous sommes heureux de publier ces premières applications de la méthode sous-cutanée. Le procédé de M. Barthélemy nous paraît réunir toutes les conditions de succès: ce procédé ne peut pas être confondu avec ceux qu'on avait imaginés précédemment pour faire la ponction directe des tumeurs: la méthode est différente, l'application différente, les résultats non moins différents. M. le docteur Malgaigne nous a informé qu'il est parvenu, de son côté, à l'hôpital de la Charité, aux mêmes résultats que M. le docteur Barthélemy. Nous nous empresserons de publier les résultats obtenus par M. Malgaigne, lorsqu'il aura bien voulu nous les communiquer.

Gaz. médicale. — Décembre 1839.

—

Digitized by Google

Des abcès dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; par M. Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker.

Obs. — *Vaste abcès à l'abdomen, qui simulait une péritonite aiguë, et qui s'est fait jour au dehors par l'ombilic; guérison.* — Mlle Henriette D., âgée de 17 ans, est née d'une mère rachitique et d'un père déjà avancé en âge. D'une constitution lymphatique, Henriette a présenté elle-même dans son enfance des symptômes de scrofules, et venait d'être traitée par feu M. Itard d'une surdité au moyen des purgatifs réitérés, selon la méthode connue de ce praticien; elle était assez irrégulièrement menstruée, mais à chaque époque elle éprouvait de vives souffrances, etc.

Le 17 mai 1839, elle fut prise de douleurs dans le ventre qui durèrent toute la nuit, lui firent pousser des cris aigus et la privèrent entièrement de sommeil. La nuit suivante fut également très-mauvaise et sans sommeil. Arrivé près de la malade le deuxième jour au matin, je lui trouvai le ventre si sensible qu'il ne pouvait supporter le contact de la main dans aucune de ses parties. La peau était d'ailleurs à peine chaude, et le pouls médiocrement accéléré; il y avait des vomissements bilieux très-fréquents, beaucoup d'anxiété, mais la figure n'était pas altérée. Je fis appliquer vingt sangsues sur le ventre et quinze à l'anus; je prescrivis des bains de siége, des lavements émollients, des fomentations de guimauve, etc. La malade fut mise à la diète absolue, et à l'usage d'une boisson mucilagineuse.

Le lendemain, 21, j'ajoutai une légère potion avec quelques gouttes de teinture opiacée de Rousseau pour apaiser les vomissements et l'anxiété singulière à laquelle la malade était en proie; je prescrivis de la laisser le plus longtemps possible dans le bain.

Cette thérapeutique continuée pendant quelques jours (sauf les sangsues) parut réussir; les douleurs du ventre se dissipèrent, les vomissements cessèrent, la pression abdominale en tout sens ne déterminait plus aucune douleur; néanmoins le pouls était toujours assez fréquent (100 puls. par minute). La respiration précipitée (44 p. m.). La malade était assez bien au bout de huit jours pour lui permettre du bouillon, qu'elle demandait d'ailleurs avec instance.

Mais les douleurs ne tardèrent pas à reparaître dans le ventre, qui se tendit et se ballonna presque aussitôt; la malade souffrait beaucoup, ne pouvait se mettre sur son séant; les vomissements reparurent également; il survint des redoublements de fièvre dans la journée et pendant la nuit; la fréquence du pouls s'accrut encore. Henriette restait continuellement couchée sur le côté droit, avait deux ou trois évacuations alvines par jour, une soif vive, beaucoup de chaleur à la peau; se plaignant continuellement sans indiquer d'une manière précise la cause de ses souffrances. De nouvelles sangsues furent appliquées sur l'abdomen, principalement dans la région de la rate où j'avais cru percevoir de la tension et plus de douleur qu'ailleurs; on continua les demi-bains, les fomentations, les lavements émollients; une diète rigoureuse fut observée; le pouls devint plus fréquent et s'éleva jusqu'à 140 pulsations par minute dans certains moments, mais le plus souvent était à 120. Du reste, il variait beaucoup, ainsi que la douleur du ventre, qui semblait disparaître parfois pour revenir ensuite dans un autre point; la soif était toujours vive, mais les vomissements plus rares; la malade dormait plusieurs heures, se levait chaque jour et restait un quart d'heure dans une bergère. La constipation succéda au léger dévoiement dont nous avons parlé; les urines étaient abondantes et insignifiantes. La recrudescence se calma, mais les envies de vomir et même les vomissements ne cessèrent pas entièrement; la bouche était pâteuse, la soif toujours considérable, le ventre ballonné et sonore du côté gauche seulement. La malade restait continuellement couchée sur le côté droit.

Vers le dix-huitième jour de la maladie il se manifesta une douleur pleurétique au côté droit, en même temps une petite toux sèche sans expectoration, il y avait peu de matité du même côté, on y entendait faiblement la respiration. Un large vésicatoire fut immédiatement appliqué sur le point douloureux, et enleva la douleur; neuf grains de calomel remédièrent à la constipation, qu'il était impossible de faire cesser avec des lavements; la malade eut plusieurs évacuations dans lesquelles il y avait des matières fécales bien moulées.

La malade était dans un état stationnaire, le pouls conservait à peu près la même fréquence (120); mais la peau était peu chaude, la figure fraîche; il y avait des redoublements irréguliers, de l'agitation la nuit; néanmoins un peu de sommeil. Le ventre demeurait ballonné et sonore à gauche, et présentait à droite un son mat.

Le 1er juin M. Marjolin fut appelé en consultation: en examinant avec soin le ventre nous crûmes découvrir de la fluctuation; nous portâmes un pronostic grave: tout annonçait un épanchement suite d'une péritonite. M. Marjolin pensa même qu'il pouvait y avoir dans le péritoine des tubercules qui seraient une cause de destruction. J'augurais un peu mieux de la malade, sans pourtant être bien rassuré; il m'était impossible de supposer qu'il pût exister des tubercules chez une malade qui quoique d'une apparence scrofuleuse, avait une santé assez brillante et de l'embonpoint. Nous convînmes qu'il serait fait deux fois par jour des frictions avec deux gros d'onguent mercuriel avec addition d'extrait de belladone;

Digitized by Google

qu'il serait donné en même temps chaque jour de petites doses de calomel.

Du 10 au 14, on fit tous les jours deux frictions avec l'onguent napolitain. Dès le 12, je m'étais aperçu que la peau de l'ombilic était amincie et faisait saillie; des cataplasmes y furent appliqués; le ventre paraissait un peu diminué, il était toujours sonore à gauche et mat à droite, où la malade se tenait constamment couchée; depuis l'apparition de la petite tumeur de l'ombilic (qui d'ailleurs était très-douloureuse) la sensibilité du ventre était notablement diminuée.

Le 14 au soir, la malade se plaignant d'être mouillée, on enleva le cataplasme; alors un jet de pus s'élança de la tumeur ombilicale qui s'était rompue; ce jet fournit une énorme quantité de pus qui fut évaluée à plusieurs cuvettes; la malade eut une légère syncope dont elle se remit promptement, et s'endormit ensuite paisiblement. Appelé au moment de la rupture de l'abcès, j'ai reconnu que la matière purulente provenait d'un véritable phlegmon, qu'elle était épaisse, consistante, sans odeur, qu'elle ne ressemblait en rien au pus séreux des péritonites suppurées, que conséquemment elle ne provenait pas de la cavité du péritoine.

Le lendemain, la malade était calme, avait passé une bonne nuit, le ventre était considérablement diminué, sans douleur à la pression; le pouls était descendu à 98. La suppuration avait été abondante pendant la nuit, les draps du lit en étaient imbibés.

Le 16, M. Marjolin vit la malade; il pressa son ventre il en sortit de nouveaux flots de pus par l'ouverture de l'ombilic, ce pus fut reconnu phlegmoneux et très-*louable*, comme on disait autrefois, sans odeur; du reste, la malade avait encore des envies fréquentes de vomir, quelques vomissements, des sueurs froides partielles. Il fut convenu qu'elle prendrait des potages à la fécule, du bouillon de poulet, une cuillerée à bouche de sirop de quinquina, chaque matin, qu'elle se tiendrait couchée sur le ventre, pour favoriser l'écoulement du pus, et qu'on continuerait l'application des cataplasmes émollients.

L'abcès a continué de fournir irrégulièrement du pus, plutôt spontanément que par la pression et le coucher sur le ventre auquel la malade n'a pu s'astreindre. Quoiqu'il y ait quelques vomissements, les potages et le sirop de quinquina ne sont point rejetés.

Le 20, nouvelle consultation dans laquelle on convient qu'on augmentera avec précaution les aliments. On continue les cataplasmes. L'abcès cesse de couler pendant 36 heures, puis recommence à fournir du pus, après quelques vives douleurs dans le ventre. Le pouls est redevenu fréquent (120 pulsations par minute), sans chaleur à la peau. La malade digère bien les potages qu'elle prend, dort bien et est fort gaie, conserve ses forces, malgré sa maigreur qui est extrême.

Le 26, par un temps très-orageux, la malade fut en proie à une grande agitation; se plaignit beaucoup, sans indiquer la cause de ses souffrances, eut du délire, quelques vomissements; et comme le pus avait de nouveau cessé de couler on craignit une cicatrisation prématurée et de nouveaux accidents.

Le 29, il y eut une nouvelle consultation avec M. Marjolin; le calme s'était déjà rétabli, l'abcès ne s'étant point ouvert; les urines avaient déposé pour la première fois un sédiment muqueux abondant : phénomène assez remarquable, à raison de sa coïncidence avec la cicatrisation définitive de la plaie de l'ombilic. Nous pensâmes qu'il n'y avait plus de pus dans l'abdomen, et que la malade était en convalescence, quoique le pouls fût encore très-fréquent (120 pulsations). On convint de nourrir la malade avec précaution, de la faire descendre tous les jours dans le jardin.

Il y eut dans la suite encore quelques variations dans l'état de la malade; elle vomit plusieurs fois ses aliments et même ses boissons; je lui fis appliquer un emplâtre opiacé sur l'épigastre; je la mis à l'usage d'une limonade glacée, et je la tins à une diète absolue pendant quelques jours.

Le 8 juillet, tout était de nouveau rentré dans l'ordre; le pouls était descendu à 96, ce qui me parut le présage d'un prochain rétablissement. Effectivement, à partir de cette époque, la malade n'a plus eu d'accidents, a commencé à sortir en voiture; et dans les premiers jours d'août, elle est allée à la campagne, d'où elle est revenue bien portante au mois d'octobre.

Voilà un cas de médecine pratique sur lequel il était difficile de ne pas se méprendre. On observa d'abord comme on a pu le voir, les symptômes les plus caractéristiques de la péritonite; la percussion fit même soupçonner qu'un épanchement péritonéal avait succédé à l'inflammation : on percevait manifestement un flot de liquide dans l'abdomen. Ce liquide n'était point de la sérosité, c'était du pus formé en collection, et qu'on pouvait déplacer par la percussion. Certes, ce pus que nous avons examiné tout à notre aise n'avait aucun caractère du pus séreux floconneux des péritonites; il provenait d'un phlegmon, et le phlegmon n'avait pu avoir son siége dans la cavité du péritoine; où donc s'était-il développé? On ne peut pas lui assigner d'autre siége que le tissu cellulaire qui unit le péritoine aux parois abdominales. La formation du pus aura successivement soulevé cette membrane du côté droit, d'arrière en avant, jusqu'à l'ombilic; ce liquide aura traversé l'anneau assez lâche qui existe dans cet endroit, fait saillir et rompre la peau mince de cette partie pour se faire jour au dehors. Il a été fort heureux pour la malade, que les téguments de l'ombilic aient cédé et livré passage à la matière purulente, qui aurait

Digitized by Google

pu s'épancher dans l'abdomen et causer une mort prompte. La disposition de l'anneau ombilical nous a fait présumer que, lors de la naissance de mademoiselle Henriette, le cordon ombilical avait été coupé très-court, et qu'il en était résulté une cicatrice peu solide. Heureuse imprévoyance, qui, au lieu d'avoir été préjudiciable à la malade, comme cela était à craindre, en la disposant à la hernie ombilicale, lui a peut-être sauvé la vie.

Nous possédons beaucoup de faits dans lesquels l'anneau ombilical a été une route déviée pour l'urine pure ou mêlée de pus, de mucosités, laquelle, par suite d'un vice organique, était privée de son issue naturelle. M. A. Severin (1), Dulaurens (2), Fernel (3) et surtout Cabrol (4) ont traité de cette déviation singulière du liquide urinaire, qu'on observe le plus souvent à la naissance, et ont rapporté des exemples de cette infirmité. Est-ce à la vessie adhérente à l'ombilic, est-ce à l'organe encore assez mal connu et désigné sous le nom d'ouraque, qu'il faut attribuer l'écoulement des urines par cette voie anormale? Nous ne chercherons point à résoudre cette question difficile qui n'a d'ailleurs qu'un rapport très-éloigné avec le sujet de notre observation, *dans laquelle le* pus a pris une autre route que celle *suivie par* l'urine. On pourrait, il est vrai, confondre ces deux liquides, lorsque de la matière purulente, venant des reins ou de la vessie, donnerait un caractère particulier à l'urine; mais les antécédents seront toujours suffisants pour garantir le praticien de l'erreur. Nos considérations ne porteront donc que sur les collections purulentes qui se font jour au dehors par l'ombilic.

Les auteurs des Traités généraux de chirurgie parlent avec plus ou moins d'étendue des abcès qui ont lieu dans l'épaisseur des parois abdominales, et de ceux qui se développent dans le tissu cellulaire qui unit ces parois au péritoine. Quelques-uns seulement ont fait mention de ceux qui font irruption par l'anneau ombilical, sans toutefois en rapporter des exemples authentiques (5).

M. A. Severin (ouvrage cité) parle en termes assez vagues et d'une manière fort brève de deux individus qui succombèrent à la suite de pareils abcès; il recommande de ne pas cicatriser l'ulcère qui s'est ouvert à l'ombilic, parce qu'il donne issue à un pus qui doit être rejeté au dehors. Cabrol (ouvrage cité) est un peu plus explicite, sur un cas qui d'ailleurs lui avait été raconté par un tiers. « M. Alloys, dit-il, savant médecin, qui avait voyagé en Grèce et en Orient, m'a dit avoir visité une fille, laquelle, âgée de 12 ans, eut, durant quatre années, une fièvre lente avec une tumeur au ventre, et exténuation des membres; de façon que chacun la jugeait hydropique. Au bout de quatre années, j'aperçus une tumeur à la région même de l'ombilic que la nature ouvrit d'elle-même, cherchant à se décharger de son contraire; de laquelle ouverture sortit une grande quantité de matière purulente, l'espace de dix mois entiers. A la parfin, sortirent trois grands vers de la grosseur du petit doigt; et se trouva entièrement délivrée, et se porte aujourd'hui merveilleusement bien, ayant eu depuis sept ans de beaux enfants. »

Lassus (ouvrage cité, p. 140) distingue les abcès qui peuvent se former dans le tissu cellulaire externe au péritoine, en froids et en phlegmoneux; l'un et l'autre, dit-il, contiennent du pus, qui sort quelquefois en jaillissant par une crevasse de l'ombilic, après des douleurs excessives, qui s'étendent sur toute la convexité du ventre. Cette crevasse donne issue, pendant plusieurs jours, à beaucoup de pus, dont la source se tarit sans qu'il soit absolument nécessaire de faire une incision pour se procurer la détersion de ce vaste foyer. Ce passage témoigne que Lassus n'avait point observé ces abcès, mais qu'il les assimilait aux autres dépôts des parois abdominales. Ils en diffèrent cependant par leur siége, leurs symptômes, les dangers qu'ils font courir aux malades, la grande difficulté qu'éprouve l'évacuation du pus, auquel on ne peut guère procurer aucune autre issue que celle qui s'est formée spontanément par l'ombilic. Cette issue est d'ailleurs fort éloignée du fond du foyer, et il est presque impossible de lui donner une pente convenable, sans s'exposer à comprimer le clapier sinueux qui renferme le pus (décubitus sur le ventre). Si la nécessité de faire une autre ouverture se présentait, on conçoit l'embarras du praticien, qui, sans autre indication que la fluctuation, serait obligé de traverser, avec l'instrument tranchant, les parois abdominales pour pénétrer dans un foyer qui fait saillie dans l'intérieur de la cavité abdominale, parce que le péritoine cède plus facilement à l'effort du pus que la couche épaisse des muscles et des aponévroses du ventre.

Cette disproportion dans la résistance des parois de l'abcès serait bien propre à faire craindre l'épanchement du pus dans l'abdomen, si on ne savait que le péritoine enflammé est plus solide et plus épais que dans l'état normal, et que, par conséquent, il oppose plus de résistance à l'effort du pus. La nécessité d'une incision devra donc se présenter très-

(1) De abcessuum recondità naturà.

(2) *Laurent*, lib. 8 questio 17.

(3) *Oper.* nom. Lib. IV. cap. 18.

(4) Observations 19 et 20.

(5) Boyer, tome VII p. 507 et suiv. — Lassus. Path. ch. tome I, p. 140. Dict. de méd. tome I, p. 225. — Roux. idem. p. 85. — Cooper. Dict, ch. t. II, p. 2. — Rigaud. Dict. des études médicales, tome I, p. 59. — Velpeau. Anat. ch, tome II, p. 25, 57, 58. — Bourienne. Journ de méd., tome XLIII. — Lamotte. Traité d'accouchement et de chirurgie.

Digitized by Google

rarement, et le plus souvent le médecin n'aura à sa disposition d'autre moyen que la position et la compression du ventre pour favoriser l'évacuation du pus. Ces deux moyens ne purent être employés chez notre jeune malade; on ne pouvait lui comprimer l'abdomen à cause de la vive douleur que lui causait la pression; d'un autre côté, il fut impossible de la faire tenir couchée sur le ventre, pendant seulement une heure, soit que ce décubitus lui fût impossible, à raison de l'habitude constante qu'elle avait contractée de se coucher sur l'un des côtés, soit que cette attitude lui fût douloureuse comme la compression. On fut donc obligé d'abandonner l'évacuation du pus aux seuls efforts de la nature, qui avait à lutter contre des conditions très-défavorables. Aussi, deux ou trois fois, l'écoulement de la matière purulente cessa, les souffrances reparurent, et nous eûmes la crainte qu'il se fût opéré une funeste oblitération du conduit fistuleux qui menait au foyer du pus.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Décembre 1839.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

Résumé général de la première série des conférences cliniques sur les difformités du système osseux, professées à l'hôpital des Enfants malades, depuis le 1er août jusqu'au 30 novembre 1839 (1), par M. le docteur JULES GUÉRIN.

Au début de ces conférences, j'ai cru devoir vous exposer les plans et les vues générales qui devaient me guider dans cet enseignement (2). Je viens, après quatre mois d'essais poursuivis sans interruption, et encouragés par une bienveillance, un zèle et une assiduité dont je ne saurais trop vous témoigner ma reconnaissance, je viens, dis-je, résumer devant vous la série de nos travaux. Ce résumé n'est pas seulement destiné à vous rappeler les idées que j'ai émises, les principes que j'ai développés, les faits principaux qui se sont offerts à notre observation, et qui sont devenus l'objet de nos applications cliniques : ce tableau, utile pour mieux distribuer dans vos souvenirs les différents sujets de nos études et les différents produits de nos recherches, n'atteindrait que la moitié de mon but. Je désire surtout, en replaçant sous vos yeux les résultats définitifs, le produit net de nos exercices, en faire ressortir le caractère d'unité et de continuité, et la signification la plus générale; j'espère vous montrer ainsi la correspondance exacte de nos travaux avec le plan que je m'en étais tracé, les rapports qui doivent unir cette première partie de mon enseignement avec mon enseignement tout entier, dont elle n'est qu'une simple fraction.

Une clinique régulière, vous disais-je dans notre première conférence, une clinique telle qu'on l'entend et la pratique généralement, ne peut pas être appliquée immédiatement à l'étude des difformités du système osseux. L'enseignement clinique, c'est la démonstration, par l'expérience de tous les jours, des préceptes acquis à la science et à l'art. La science et l'art, en ce qui concerne les difformités, n'étaient encore qu'à l'état rudimentaire : c'eût donc été un non sens que de vouloir débuter par des applications de principes encore à établir. J'en ai conclu à la nécessité d'instituer et de distribuer ces conférences, de manière à faire marcher de front devant vous la science qui expose, l'observation qui vérifie, et l'art qui applique. A ces trois ordres de moyens ont été adaptées, pour une part à peu près égale, trois espèces différentes d'exercices, l'exposition dogmatique d'une partie des recherches auxquelles je me suis livré depuis dix ans, l'examen des malades qui se sont présentés à la consultation, et le traitement de ceux qui ont été reçus dans notre service. Ces trois sources de lumières, distribuées ainsi le plus méthodiquement qu'il nous a été possible, ont été consultées régulièrement chacune à leur tour; elles ont produit, chacune suivant leur portée et leur limite, des résultats qui ont convergé vers le même but : c'est-à-dire, par rapport à la science spéciale qui nous occupe, asseoir quelques principes nouveaux; et par rapport à la science générale, jalonner quelques vérités nouvelles, mieux définir quelques vérités anciennes, et faire profiter la médecine entière des vérités fournies par l'étude et la constitution d'une de ses branches les plus récentes. Nous allons donc, en contractant les nombreux détails de ce triple enseignement, chercher à en faire ressortir ce qui nous paraît offrir le caractère de faits et de principes définitivement acquis.

Première partie. — Enseignement dogmatique.

La partie dogmatique de ces conférences n'a roulé que sur deux points : sur le pied-bot et sur le rachitisme. Je vous ai exposé une théorie générale du pied-bot, j'ai cherché à déterminer toutes les variétés anatomiques de cette difformité en les rattachant à la même théorie; j'ai tiré de cette doctrine et de ses

(1) J'ai conservé à la rédaction de ce résumé la forme sous laquelle je l'ai présenté dans ma conférence de clôture.

(2) Je me propose de publier, sous peu de jours, les vues générales que j'ai exposées à l'ouverture de mes conférences cliniques sur l'étude scientifique et pratique des difformités du système osseux.

Digitized by Google

applications la formule générale de leur traitement rationnel; enfin, j'ai exposé tous les procédés mécaniques et chirurgicaux à l'aide desquels on peut obéir aux différentes indications de ce traitement.

Mes conférences sur le rachitisme ont embrassé l'histoire entière de cette maladie, considérée comme maladie d'abord, et comme origine d'une grande classe de difformités ensuite. Je vous ai donc fait connaître successivement mes recherches sur la phénoménalité extérieure et profonde de cette affection, mes recherches et mes expériences sur sa nature intime, sur son traitement; puis je vous ai exposé, dans leurs plus grands détails, les difformités générales et particulières du squelette rachitique, comprenant dans cette exposition la détermination de leurs caractères, de leur physionomie particulière, de leurs rapports, des lois de leur développement, de leur mécanisme propre, et enfin de leur traitement particulier. Voici un exposé succinct et rapide des faits généraux que l'histoire du pied-bot et du rachitisme nous a révélés, des conséquences scientifiques et pratiques que nous en avons tirées.

Les motifs qui nous ont fait commencer par l'histoire générale et particulière du pied-bot sont utiles à rappeler, parce qu'ils me paraissent marquer d'une manière précise et tranchée le point de départ de nos observations personnelles.

Une discussion étendue, approfondie, contradictoire, sur le pied-bot congénital et son traitement, venait d'avoir lieu à l'Académie royale de médecine. Cette discussion, soutenue par les hommes les plus éclairés et les plus distingués de cette compagnie savante, avait remis tour à tour en lumière les diverses théories du pied-bot proposées depuis Hippocrate jusqu'à nous; chacune de ces théories avait eu ses fauteurs et ses adversaires : de ce conflit d'opinions contraires, mais également mal fondées, il était résulté la démonstration évidente pour tous que la vraie doctrine du pied bot était encore à établir, sinon à trouver. Cette conséquence si directe, qui formulait d'une manière si explicite une lacune de la science, en montrait une autre dans l'art, non moins évidente. Les règles véritables du traitement du pied-bot n'existaient pas plus que sa véritable notion scientifique. On avait proposé et appliqué un assez grand nombre de fois la section du tendon d'Achille à la cure de cette difformité, et cependant quelques membres de l'Académie avaient demandé si cette innovation chirurgicale était réellement utile et fondée, et si on ne pouvait pas la suppléer souvent par le traitement mécanique. A cette question, qui caractérisait bien l'époque empirique du traitement du pied-bot, on n'avait répondu que par les résultats numériques d'une expérience empirique, et non par les motifs bien déterminés d'une expérience rationnelle qui n'existait pas; en d'autres termes, le traitement chirurgical du pied-bot était encore ignoré dans ses indications, contesté dans son utilité, et borné à la pratique routinière de la section du seul tendon d'Achille; car on ne peut pas faire entrer en compte un très-petit nombre de sections d'autres tendons, pratiquées accidentellement sans indications précises pour les cas individuels où elles ont été faites, et sans principes d'applications ultérieures. Tel était l'état de la science et de l'art. Cependant j'avais depuis longtemps d'autres idées sur le pied-bot, et j'appliquais d'autres méthodes à son traitement : devais-je, ayant à combler la double lacune si nettement formulée par la discussion de l'Académie, remettre à une autre époque de faire connaître mes moyens de la remplir? D'autre part, le pied-bot est une des difformités les plus fréquentes : elle devait s'offrir souvent à notre observation; devais-je en entreprendre le traitement sous vos yeux avec des vues et des moyens entièrement nouveaux, sans vous initier immédiatement à ces vues et à ces moyens; non, sans doute; j'ai donc fait l'histoire du pied-bot congénital et consécutif.

Cette histoire, vous ai-je dit, m'a conduit à établir une théorie générale de cette difformité, à vous donner une doctrine qui en deux mots vous a rendu compte, non seulement de toutes les variétés connues, mais de toutes les variétés possibles du pied-bot. Je crois vous avoir démontré par une observation appliquée à toutes les combinaisons de la difformité, à toutes les applications de son origine, à toutes les phases de son développement, à toutes les variétés et à toutes les nuances de ses formes, à toutes les conditions de sa manifestation, que le pied-bot congénital, comme le pied bot consécutif, « *est le produit de la rétraction musculaire active, différemment distribuée dans les muscles de la jambe et du pied; et les variétés anatomiques de cette difformité, le résultat des différentes combinaisons de modalité, le siége, le degré de cette rétraction, par rapport à ces mêmes muscles.* »

Dès lors les variétés connues de pied *équin*, de *varus*, de *valgus*, de *talus*, ont eu une signification déterminée. Entre ces coupes arbitraires de l'empirisme sont venues se classer une foule de variétés intermédiaires dans lesquelles les reflets de la cause, c'est-à-dire de la rétraction, étaient matérialisés dans des reliefs différents et multipliés à l'infini, comme les combinaisons multiples des éléments de permutation de cette cause. Ainsi, vous avez compris presque de vous-mêmes que le pied *équin* est le produit de la rétraction des jumeaux; le *varus*, celui des jambiers; le *valgus*, des péroniers; et le *talus*, des muscles fléchisseurs du pied sur la jambe; ces types traditionnels et presque toujours arbitraires ont été immédiatement environnés d'une foule de formes intermédiaires plus réelles et plus fréquentes, que

Digitized by Google

j'ai appelées *les pieds-bots composés ;* c'est-à-dire ceux dans lesquels la réaction occupant à un degré prononcé les muscles générateurs des formes simples, occupait encore, mais à un degré moindre, les muscles environnants, de manière à montrer que tous les muscles de la jambe et du pied peuvent être successivement et simultanément rétractés dans toutes les variétés du pied-bot, et que c'est à la prédominance de la rétraction dans certains muscles, plutôt qu'à l'exclusion de la rétraction dans les autres, que sont dues les nuances infinies des variétés de cette difformité.

Cette doctrine du pied-bot, établissant la notion scientifique définitive de cette difformité, a conduit nécessairement à la formule rationnelle de sa thérapeutique. Faire la section des muscles rétractés, de tous les muscles rétractés, ce n'était pas opposer la pratique empirique et incomplète de la section du tendon d'Achille indistinctement à toutes les formes de *pied-bot,* mais c'était étendre cette opération avec intelligence à tous les tendons qui la réclament, au même titre que le tendon d'Achille ; c'était pratiquer tour à tour ou simultanément sur le même pied la section des *jambiers,* des *péroniers,* des *extenseurs,* des *fléchisseurs,* des *adducteurs,* des *abducteurs ;* en un mot, c'était opposer à chacun des éléments de la déformation, à chacun de ses accidents, le remède efficace, rationnel, capable de l'atteindre dans ses moindres nuances, et de la faire disparaître dans ses moindres manifestations, du moins dans celles qui procèdent de sa cause essentielle et de ses différents modes de distribution et de combinaison.

La restriction que je viens d'énoncer, messieurs, est capitale : elle est le point de départ d'un ordre de faits qu'il importe de vous rappeler, parce qu'il m'a servi à consacrer un principe d'analyse pathologique et thérapeutique, qui sert non-seulement de base à la détermination et au traitement de toutes les difformités, mais encore de base à la détermination et au traitement de toutes les maladies. Ceci n'est point l'expression d'une prétention ambitieuse, mais celle d'une généralisation très-simple et très-naturelle.

La difformité, vous ai-je dit et souvent répété, n'est pas, comme la lésion traumatique, le résultat d'un seul ordre de causes ayant agi extemporanément, ayant produit immédiatement tous ses effets, à laquelle on n'oppose que des moyens correspondants à la nature et aux effets de cette seule cause. Indépendamment de sa cause primitive, essentielle qui décide de son point de départ, lui imprime ses premiers et principaux caractères, la difformité se complète chemin faisant et pendant le temps plus ou moins long que parcourt son développement, par l'accession et l'intercurrence d'une foule de causes secondaires qui s'unissent à l'action de la cause première, compliquent ses effets, les obscurcissent, les masquent et les dénaturent même, au point quelquefois d'en effacer toute la physionomie originelle. Eh bien ! cette intervention de causes secondaires, produisant des effets nouveaux et proportionnels à leur nature, leur nombre et à leur intensité d'action, implique dans chaque difformité des éléments et des degrés de déformation qui ne procèdent plus de l'action de la cause essentielle, et qui ne peuvent pas, par conséquent, se résoudre par le remède appliqué à cette dernière, c'est-à-dire disparaître par la seule section des tendons. Vous avez vu combien cette doctrine, appliquée à la détermination et au traitement du pied-bot, a rendu faciles pour vous la connaissance, la distinction et le mécanisme de production des altérations de toute espèce que résume cette difformité, et par réciprocité la détermination de la nature, du nombre, du mode d'association et de succession des moyens à employer comme auxiliaires de la section des tendons. Parmi les causes consécutives du pied-bot, nous avons signalé la contraction musculaire anormale, l'action verticale de la pesanteur, qui, agissant incessamment dans le sens de la difformité, complètent les déplacements et la déformation des articulations ; de plus, nous avons mis en lumière un ordre de faits entièrement nouveaux : les modifications moléculaires continues dans la constitution de tous les tissus, résultant de la nutrition et de l'exercice général de la fonctionnalité dans les conditions anormales de la difformité, et conduisant à un double résultat commun, à savoir, *l'adaptation de toutes les parties, de tous les tissus, aux espaces anormaux qu'ils occupent,* consécutivement *la permanence* des directions et des formes spéciales qui constituent la difformité, et la tendance générale des tissus à la *dégénérescence graisseuse.* Le grand nombre d'applications matérielles que j'ai faites sous vos yeux de ces propositions un peu abstraites me dispense de les développer de nouveau. J'ajouterai seulement que, comme conséquence de cette analyse étiologique plus approfondie de la constitution du pied-bot, j'ai dû formuler une méthode de traitement dont tous les agents pussent répondre par leur nature, leur nombre, leur activité, leur mode de combinaison et de succession, à la nature, au nombre, à l'activité, au mode de combinaison et de succession, des éléments de la difformité qu'ils avaient à combattre. Ainsi, la section des tendons pour la rétraction des muscles ; le nombre et la simultanéité des sections en rapport avec le nombre des muscles simultanément rétractés ; la suspension des mouvements et de la marche contre l'action de la contraction musculaire anormale de la pesanteur ; les manipulations répétées contre le déplacement des os et le raccourcissement des

Digitized by Google

parties molles; le plâtre coulé contre la rigidité trop grande des parties et leur trop grande sensibilité; les machines contre les déformations des os et les résistances des ligaments; en un mot, tous ces moyens, en nombre et en intensité, proportionnés à la complexité, au degré et à l'ancienneté de la difformité : telle est, messieurs, la méthode analytique que j'ai appliquée au traitement du pied-bot, et qui est applicable au traitement de toute difformité.

Pour remplir les indications nouvelles que j'ai établies dans le traitement chirurgical et mécanique du pied-bot, j'ai dû imaginer des procédés nouveaux et des machines nouvelles. Les procédés chirurgicaux pour la section des différents muscles de la jambe et du pied se rapportent à des principes communs et à une même méthode : à la *méthode sous-cutanée* dont j'ai cherché à montrer la véritable signification et la valeur essentielle. J'ai soumis l'exécution et les applications de cette méthode à des règles précises qui toutes peuvent se résumer en peu de mots : placer le sujet dans l'attitude où le tendon à diviser est le plus saillant possible, soit par le secours de la contraction volontaire du sujet *soit par* l'éloignement des points d'insertion du muscle, *soit par* le transport dans un plan plus superficiel d'une de ses insertions; faire les sections le plus près possible de la partie purement tendineuse, couper autant que possible les tendons des parties superficielles aux parties profondes, en ayant soin de faire correspondre les vaisseaux importants et les nerfs au talon de l'instrument, sa pointe portée en sens opposé; ne pas diviser complétement les gaînes tendineuses; faire une seule ouverture à la peau, la plus petite possible et la boucher hermétiquement après l'opération; appliquer immédiatement les machines. Avec ces règles, et la connaissance de ce principe dont je crois avoir démontré la rigoureuse réalité, à savoir, que les plaies sous-cutanées, affranchies du contact de l'air, ne suppurent pas, on peut transporter la ténotomie et la myotomie, non-seulement à tous les muscles de la jambe et du pied, mais à tous les muscles du corps. C'est ce que nous avons réalisé en grande partie.

Quant aux appareils mécaniques que nous avons imaginés pour compléter la cure du pied-bot, nous avons ramené également leur construction à quelques principes qui vous ont été exposés et suffisamment développés : ces principes sont les suivants : briser les appareils en autant de points qu'il y a dans le pied déformé de brisures du squelette, c'est-à-dire de centres de déformation principaux : faire correspondre les centres de mouvements de l'appareil à ceux du pied ou des parties du pied à mobiliser les unes sur les autres; faire correspondre la plus grande somme d'action et la ligne d'action des machines, à la corde des courbures que la difformité décrit; concentrer l'action des forces sur le plus petit espace possible, et distribuer les points de préhension de l'appareil sur la plus grande étendue de surface possible; tels sont les principes qui ont servi de base aux différents appareils mécaniques du pied-bot, que j'ai soumis à votre attention, et qui ont réalisé la méthode de la *flexion* opposée à celle de la *compression*. Ces principes, j'en ai généralisé l'application à toutes les machines orthopédiques; car toutes les difformités du squelette ont les mêmes conditions matérielles d'existence, les mêmes résistances à vaincre, les mêmes rapports à établir avec les machines, et toutes réclament les mêmes précautions; partout c'est un angle à ouvrir, une courbe à redresser, des brisures du squelette à mobiliser les unes sur les autres, et par conséquent, partout ce sont des points de centre à circonscrire et des bras de levier à établir et à mouvoir autour de ces points : partout il faut produire beaucoup de résultats avec peu d'efforts, c'est-à-dire distribuer le mieux ses forces afin d'avoir le plus d'effets avec le moins de douleur.

Tels sont, messieurs, les principaux résultats auxquels nous sommes arrivés par rapport à la connaissance et au traitement du pied-bot.

Passons maintenant au rachitisme.

Vous savez messieurs, quel était l'état de la science à l'égard de cette maladie, considérée comme maladie, et comme origine d'un grand nombre de difformités. Pour la science vulgaire, le rachitisme, les scrofules, les caries vertébrales, les cachexies de toute espèce, les ostéomalacies étaient tout un : c'était la même maladie, c'était le rachitisme, sans définition exacte, sans détermination rigoureuse; les difformités rachitiques, c'étaient toutes ou presque toutes les déviations de l'épine, toutes les difformités du thorax, toutes les déviations des genoux, aussi bien que les diverses courbures des jambes. Dans les ouvrages les plus spéciaux, confusion moins générale, mais toujours confusion, même de la part de ceux qui se piquaient le plus de science et de rigueur; toujours détermination vague, insuffisante ou erronée; symptomatologie inexacte, caractéristique de la maladie incohérente, étiologie nulle; en un mot, non-seulement comme je vous l'ai répété souvent, on n'avait pas *la notion scientifique* de la maladie, on ne la *connaissait* pas, mais on n'avait pas même d'elle *un portrait* à demi-ressemblant, on ne la *reconnaissait* pas. Finalement à une connaissance empirique, incomplète, on avait adapté une thérapeutique empirique et incomplète : tel était l'état de la science à l'égard de la maladie considérée en général. A l'égard des difformités auxquelles elle donne naissance, la confusion n'était pas moindre; non-seulement il n'existe nulle part de détermination du mécanisme de leur développement, de leur rapport de subordination à la maladie

Digitized by Google

et aux autres causes qui interviennent pour les réaliser, mais on n'en avait aucune description ; nulle part il n'y avait de description, même approximative, des difformités rachitiques, des courbures des jambes, des genoux, des fémurs, des difformités du bassin, de la colonne, du thorax ou de la tête ; on ne connaissait ni les fractures, ni les luxations rachitiques ; bien plus on en niait l'existence. A cette ignorance presque complète des formes et du fond du mal correspondait une absence presque aussi complète des moyens de les guérir. Tel était l'état de la science et de l'art en ce qui concerne le rachitisme et les difformités qui en naissent. Cependant nous devions avoir tous les jours à vous soumettre des enfants rachitiques : la classe pauvre qui a le privilége de cette affection devait fournir une grande partie des malades de notre consultation; le pied-bot et le rachitisme, telles devaient être les deux sources inépuisables de faits soumis à notre examen, et de difformités soumises à notre expérience. J'ai donc dû vous exposer immédiatement mes recherches sur le rachitisme, comme je l'avais fait pour le pied-bot. Voici comment se résument le plus laconiquement possible mes travaux sur cette importante question.

Sous le point de vue nosographique ou historique, je vous ai démontré, je pense, que la maladie est une affection générale de toute l'économie et non exclusivement du squelette; qu'elle débute par une période d'incubation qui n'avait pas été aperçue et qui est caractérisée par des symptômes dont la généralité déborde de beaucoup le tissu osseux, et qui procèdent au contraire d'une perversion des principales fonctions de l'économie ; que les déformations du système osseux sont des phénomènes partiels de la maladie, et d'une époque déjà avancée de son développement, et appartenant à sa seconde période ; que l'influence du rachitisme sur le squelette se révèle par quatre ordres de faits différents, la *déformation*, l'*altération du tissu*, l'*arrêt de développement*, et le *retard de l'ossification*. Je vous ai montré ensuite que les déformations du squelette observent, dans leur ordre d'apparition et les progrès de leur développement, des lois curieuses et importantes à connaître, tant pour le diagnostic général de la maladie que pour celui de chaque difformité en particulier ; qu'ainsi la déformation rachitique du squelette procède successivement de bas en haut : des os de la jambe aux fémurs, des fémurs au bassin ; puis successivement ou simultanément les difformités des membres supérieurs, du thorax, de la colonne et du crâne. Vous avez vu également que le degré des déformations est en rapport avec leur ordre de développement. Parmi les conséquences nombreuses qui ressortent de la connaissance de ces faits, je vous ai signalé celles qui sont immédiatement applicables à la détermination des difformités de la colonne vertébrale et du bassin. Avec la seule notion du mode de succession de ces difformités, on peut désormais affirmer rigoureusement qu'une déviation de la colonne n'est point de nature rachitique quand elle n'a pas été précédée et n'est pas encore actuellement accompagnée de traces de rachitisme dans les membres inférieurs; comme on peut affirmer sans crainte de se tromper que le bassin est toujours vicié et que sa viciation est de nature rachitique quand les fémurs et la colonne vertébrale sont déformés par le rachitisme; par la même raison et en vertu des mêmes principes, dans les cas où la colonne est seule déviée, à quelque degré que ce soit, sans trace d'altération rachitique des membres inférieurs, on peut affirmer que le bassin n'est pas déformé. Cette conséquence, vous l'avez vu, a donné définitivement la solution d'un problème qui avait longtemps préoccupé les accoucheurs, à savoir, si les déviations de l'épine influent sur la conformation du bassin, et si, dans les cas de déviation considérable de cette tige, on peut ou non conseiller le mariage.

Indépendamment de ces faits nouveaux relatifs à la succession et aux rapports de degré des difformités rachitiques, j'en ai signalé d'autres concernant la réduction en longueur de toutes les parties du squelette. J'ai montré que la plupart des os rachitiques sont toujours relativement moins développés en longueur et en largeur que les os du squelette normal ; que cette réduction s'opère suivant la même loi de succession et de degré que la déformation, c'est-à-dire successivement de bas en haut et graduellement de haut en bas ; que les proportions suivant lesquelles toutes les parties du squelette sont réduites de bas en haut sont exprimées par une série régulière de nombres qui permet de déduire approximativement, de la dimension d'un seul os, la dimension des autres parties du squelette, comme, par exemple, de la dimension comparée des fémurs et des humérus, celle des dimensions du bassin dont les trois diamètres sont ordinairement réduits d'une somme égale à la moyenne des réductions de l'humérus et du fémur. Toujours dans la même ligne et comme conséquence des faits qui précèdent, j'ai montré que la réduction plus grande des membres inférieurs comparée à celle des membres supérieurs, établit entre ces parties des rapports de longueur qui répètent et perpétuent ceux de l'âge où la maladie s'est développée.

Passant de l'extérieur du squelette rachitique à la texture intime des os, je vous ai exposé une série entière de faits nouveaux, relatifs à l'altération propre du tissu osseux rachitique, depuis l'instant où elle s'annonce jusqu'à l'instant où l'os récupère ses propriétés normales. Là où mes devanciers avaient noté quelques particularités isolées, locales, sans

Digitized by Google

généralité ni liaison, je vous ai montré des faits dans toute leur étendue, dans toutes leurs proportions, procédant les uns des autres et se distribuant dans trois périodes distinctes, correspondant à trois périodes distinctes de la maladie : à sa période d'*incubation* ou d'épanchement, à sa période de *déformation*, et enfin à sa période *de résolution* ou *de consolidation*. Je vous ai montré que dans la première période de la maladie, période d'incubation, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans tous les interstices du tissu osseux, dans les cellules du tissu spongieux, le canal médullaire, entre le périoste et l'os, entre les lamelles concentriques de la diaphyse, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les noyaux épiphysaires et leurs cellules, dans les os courts et les os plats comme dans les os longs, en un mot, dans toutes les parties du squelette et dans tous les points du tissu osseux où se distribuent les vaisseaux nourriciers. Vous avez vu que de cet épanchement résulte un dédoublement, une ampliation de toutes les parties intéressées, d'où le gonflement et le boursoufflement de tout le squelette ; que dans une période plus avancée, période de déformation, en même temps que la trame du tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer dans les interstices du tissu osseux, tend à s'organiser : elle passe successivement de la forme cellulo-vasculaire à la forme cellulo-spongieuse, et se rencontre surtout entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et la table externe des os plats, et entre les lames de ces derniers. Vous avez pu suivre les transformations successives et progressives du tissu de nouvelle formation offrant à une période plus avancée de la maladie, à la période de résolution, la consistance du tissu compact, et tendant à se confondre avec l'ancien tissu osseux qui recouvre sa consistance primitive. De cette réunion des deux tissus arrivés à la même consistance, et offrant simultanément les mêmes conditions de densité et de compacité, vous avez vu résulter une épaisseur et une largeur plus grandes de quelques parties des os, de celles qui avaient été le siége d'un épanchement primitif plus considérable, et consécutivement de l'organisation d'une quantité plus considérable du tissu spongoïde ; comme cela arrive dans les points de la diaphyse des os longs correspondants à la concavité des courbures. Je vous ai fait voir ensuite quelques particularités non moins intéressantes que présente le tissu osseux dans les circonstances exceptionnelles de la consomption rachitique, dans celles du rachitisme chronique, dans celles de l'éburnation rachitique complète et de l'éburnation incomplète et graisseuse, où l'affection incomplétement résolue s'offre avec quelques caractères variables ; je vous ai fait remarquer que cette variation des caractères de la maladie à ses diverses phases a été en grande partie la cause des descriptions vagues et confuses de ceux qui ont noté tour à tour, d'une manière exclusive, quelques-unes des altérations isolées de la texture des os rachitiques, sans liaison, sans détermination de rapport de ces diverses altérations entre elles, et surtout sans l'indication des circonstances de causalité qui les produisent. Je n'insiste pas sur les autres particularités moins saillantes que je vous ai signalées dans l'histoire des altérations caractéristiques du rachitisme, telles que celles qui se rapportent à l'influence du rachitisme sur les progrès de l'ossification. La plupart de ces faits ayant déjà été publiés avec détails, vous pourrez les consulter dans l'ouvrage où je les ai consignés (1).

Voilà pour la partie purement phénoménale et nosographique de la maladie. Quant à la connaissance de sa nature, je pense être arrivé à un résultat expérimental qui, s'il était généralisé, donnerait à notre science un caractère de rigueur et de certitude que l'observation seule pourra difficilement lui donner. En effet, vous savez, messieurs, qu'après avoir analysé dans leurs moindres apparences toutes les circonstances qui me paraissaient avoir une affinité réelle avec la cause essentielle du rachitisme, j'en ai conclu que cette maladie est le produit d'une nutrition viciée, provenant elle-même d'un désaccord entre les aliments d'un âge plus avancé, soumis à l'élaboration d'organes d'un âge trop tendre. En d'autres termes, j'avais remarqué que tous les enfants rachitiques, appartenant presque exclusivement à la classe inferieure, avaient été nourris avec les aliments de l'adulte à l'âge où l'estomac et l'organisme ne sont aptes qu'à supporter du lait. Cette observation, je l'ai convertie, je pense, en vérité démontrée, en soumettant des chiens à l'expérience et en leur appliquant le système de nourriture que je croyais le point de départ de la maladie rachitique. Vous avez vu comment l'expérience a répondu à mes essais.

Fidèle à une analyse rigoureuse de toutes les conditions des faits, j'ai cherché à déterminer quelle part ont dans la production du rachitisme, après l'influence plus marquée du désaccord de l'alimentation avec les organes, l'influence du défaut de lumière et celle de la viciation ou la raréfaction de l'air respirable.

De ces recherches sur le rachitisme et de son mécanisme de développement, j'ai pu conclure, je pense, que cette maladie consiste essentiellement dans une altération primitive du sang. Ce fluide de-

(1) Mémoire sur les caractères généraux du rachitisme. In-8°.

Digitized by Google

vient d'abord inapte à continuer le double travail de la réparation et de la croissance des organes — d'où la suspension momentanée de la nutrition et de la croissance des sujets rachitiques — puis fournit successivement les matériaux d'une nutrition anormale, incomplète, dont les produits distincts, dans l'organisme, des produits déjà formés, marchent graduellement, pour ainsi dire à part, pour revenir et s'élever à l'organisation normale préexistante, et constituent en quelque façon un travail organique différent du travail normal, au sein même de l'organisme momentanément frappé d'arrêt de développement.

Ces notions plus complètes et plus rigoureuses de la maladie, nous ont permis d'établir les règles et de déterminer les moyens d'une thérapeutique rationnelle. Nous avons pu faire justice de tous ces spécifiques consacrés par l'ignorance et l'empirisme, et à la place de cette matière médicale entière de remèdes, nous avons mis quelques conseils hygiéniques, basés sur la connaissance de la maladie. C'est beaucoup de ne pas nuire, *primò non nocere;* un des grands principes de l'art, c'est de placer la nature dans les conditions où elle peut réparer d'elle-même les désordres de la maladie : c'est presque à ce résultat que doit ambitionner d'arriver la médecine dans le traitement de toutes les maladies, c'est-à-dire à la neutralisation de l'action des causes : ce résultat le plus simple en apparence implique la notion la plus élevée à laquelle puisse atteindre la pathologie.

Je ne m'attacherai pas, messieurs, à vous reproduire toutes les particularités nouvelles que j'ai mises en lumière en vous faisant l'histoire de chaque difformité du squelette rachitique. Les détails dans lesquels je suis entré sont encore trop récents et trop présents à votre esprit, pour que j'aie besoin de vous les rappeler ; je me bornerai à vous énoncer les résultats les plus généraux auxquels j'ai été conduit en faisant cette histoire. Ces résultats sont relatifs à la détermination de la physionomie propre que la maladie imprime à chacun de ses produits. Vous avez remarqué, messieurs, que, indépendamment des rapports généraux que chacune d'elles offre avec l'affection générale qui les engendre, et qui certes suffirait déjà pour les différencier à jamais des difformités d'autre origine, vous avez vu, dis-je, que, indépendamment de ces caractères généraux, propres aux difformités rachitiques, elles offrent toutes un extérieur spécial, résultant de leur forme, de leur siége immédiat dans telle ou telle partie des os, de leurs rapports avec les parties environnantes, physionomie qui exprime tout à la fois le nombre et la qualité des agents secondaires de leur formation, et les rapports intimes de ces agents avec chacun des caractères et des accidents de la difformité elle-même. Ce résultat, que je me borne à exprimer dans sa plus laconique généralité, est important et nouveau, et vous verrez plus tard, j'espère, messieurs, que porté à sa signification la plus élevée, il constitue la vraie base, la seule base possible de la médecine d'observation.

Telle a été, messieurs, la partie purement scientifique et dogmatique de nos conférences : passons maintenant à la consultation et disons les résultats généraux qu'elle a produits.

(La suite au prochain numéro.)

GAZETTE MÉDICALE. — Décembre 1839.

HOPITAUX DE PARIS ET CLINIQUE DE LA VILLE.

Ankyloses; nouveau traitement;
par M. LOUVRIER.

Parmi les journaux de médecine nous avons été les premiers et jusqu'ici les seuls, que nous sachions, à entretenir le public de la découverte de M. le docteur Louvrier. (*V.* les tomes 9, 10, 11 et 12, 3e série de l'Encyclographie.) Dès le commencement nous avons fait connaître l'injuste défaveur avec laquelle le jeune médecin de Pontarlier (Doubs) fut accueilli par ses confrères de la capitale; l'Académie elle-même se montrant incrédule et défiante, tout moyen de la convaincre faillit devenir impossible. Et, en effet, il aurait fallu y renoncer si les chefs de services dans les hôpitaux eussent continué à paraître opposants aux expériences proposées, quoique l'Académie demandât que tout sujet d'épreuve étant offert et mis à profit, le résultat en fût examiné et constaté par deux de ses membres chargés d'en faire le rapport.

Mais nos lecteurs se souviennent que la volonté ferme et opiniâtre d'une malade de l'hôpital Necker vint heureusement faire changer la face des choses; d'elle-même, et nonobstant l'avis de plusieurs chirurgiens, membres de l'Académie, qui regardaient l'opération comme impossible et dangereuse, elle voulut pourtant s'y soumettre, et donna ainsi à M. Louvrier l'occasion de fournir la preuve de ce qu'il avait annoncé. Le résultat de cette première expérience et de quelques autres qui la suivirent presque immédiatement, ne démentit en rien le succès que l'opérateur en attendait; aussi gagna-t-il bien vite les suffrages et l'admiration de ceux mêmes qui, par conviction, n'avaient pas osé croire aux assurances qu'il avait données. Ce flatteur sentiment de leur part fut un acte de justice dicté par leur bon

Digitized by Google

esprit, et dont nous nous empressâmes de leur rendre aussitôt le témoignage.

Dès lors M. le docteur Louvrier aurait pu regarder sa découverte comme suffisamment établie, si dans notre temps il n'était devenu bien difficile de faire accepter un succès si légitime qu'il puisse être; aujourd'hui surtout, où chacun se fait auteur ou partisan d'innovations si nombreuses et si peu importantes! Car, que le véritable inventeur d'un procédé nouveau oublie dans sa description telle petite particularité, un second opérateur y apporte bientôt, même sans s'en apercevoir, cette modification toute simple, toute naturelle; puis vient un troisième qui, plus rigoriste, plus minutieux, examine et épluche tous les détails, et, se prévalant des omissions des autres, ne trouve rien de plus commode que de s'approprier l'invention quand il n'a que le mérite d'avoir bien remarqué et d'avoir parlé le premier de ce que les autres faisaient avant lui. De là les discussions, les polémiques, les sarcasmes, voire même les injures!... Eh! mon Dieu! Sans tous ces moyens que de noms retentissants aujourd'hui seraient encore ignoré du public, et sans que la science y eût rien perdu!

Mais en soumettant sa découverte aux investigations de tout le monde, si M. Louvrier savait d'avance qu'il trouverait autre chose que des admirateurs, il devait au moins compter n'avoir affaire qu'à des adversaires pleins de franchise et de bonne foi. En constatant le contraire, nous tenons d'abord à nous défendre expressément de toute intention hostile, de toute attaque personnelle contre les auteurs des contradictions que nous allons rapporter; nous nous bornons à les consigner ici, laissant à chacun de nos lecteurs le droit de les qualifier et de les apprécier à leur juste valeur. Disons seulement qu'à notre avis toutes préventions flatteuses ou défavorables devraient être dissimulées dans l'examen auquel on soumet un fait scientifique; quant à nous, nous ne ferons jamais d'un compte-rendu un prospectus à l'usage de personne, parce que nous désavouons complétement cette maxime de camaraderie si connue et trop souvent mise en pratique: *Nul n'aura de l'esprit, hors nous et nos amis*, dont l'application nous parut toujours peu loyale, et, de plus, éminemment blâmable, quand il s'agit de choses qui intéressent essentiellement le progrès de la science et le bien-être de l'humanité. Mais, fidèles aux principes de justice et d'impartialité que nous nous sommes tracés, nous regardons comme un devoir de combattre la critique exagérée qu'a soulevée la nouvelle méthode de M. le docteur Louvrier, et de démentir publiquement les bruits malveillants dont il a été personnellement l'objet.

Inattaquable à titre de plagiat ou de simple perfectionnement, afin de pouvoir contredire l'invention de M. Louvrier, il a fallu lui contester les avantages qu'elle a sur d'autres procédés, et encore exagérer ses conséquences et le peu d'inconvénients inévitables qu'elle présente.

Ainsi, l'on a dit que, bien que guérissant, l'extension complète et instantanée était un moyen trop cruel comparativement à l'extension progressive et continue des auteurs, et à la section des tendons pratiquée par quelques orthopédistes; puis on s'est récrié contre l'application de l'appareil. Sans avoir rien vu, l'on a supposé des lésions impossibles à constater; ou bien, infidèle dans le compte-rendu des expériences, l'on a exagéré les douleurs de l'opération, et l'on en a fait une scène de torture qui n'existe heureusement que dans l'imagination de ceux qui ont voulu se la représenter.

Quant au parallèle entre le mode de traitement de M. Louvrier et tous ceux antérieurs, nous dirons d'abord que, sous le point de vue principal de son application, il n'y a pas lieu de l'établir; car ce n'est pas seulement un procédé, c'est plutôt une méthode qu'il a inventée; méthode unique, spéciale dans certains cas, et non moins préférablement avantageuse dans tous les autres. Nous allons essayer de le démontrer.

Les ankyloses peuvent se présenter sous trois états différents qu'il est essentiel de bien distinguer. Le premier, et le plus grave, est celui d'ankylose complète, c'est-à-dire que le moindre mouvement est tout à fait impossible parce qu'il y a adhérence et véritable soudure des parties osseuses dans toute leur surface de contiguité, avec ou sans rétraction des muscles. Or, jusqu'ici, auteurs et praticiens sont unanimes pour reconnaître ce cas comme absolument incurable, et nulle part aucun traitement n'a été prescrit ni pratiqué avec la moindre chance de succès.

Sous ce rapport, on ne peut donc pas mettre en comparaison le traitement du docteur Louvrier, dont l'invention a pour but principal de procurer une guérison, ou tout au moins une amélioration qu'on regardait jusqu'alors comme absolument impossible. Oui, sans doute, ç'a été une entreprise hardie, téméraire, que de vouloir et d'essayer des succès en dépit de la science elle-même; mais enfin, seul il y a réussi! Cependant, pour ne pas imiter en sens contraire les adversaires que nous combattons, gardons-nous d'exagérer les avantages de sa précieuse découverte.

Quand, par exemple, il s'agit d'une ankylose aussi complète que possible, comme nous l'entendons ici, produite par une affection qui a pu amener, outre la soudure des os, la désorganisation des parties et la dégénérescence des tissus qui les environnent, dire qu'avec son procédé M. Louvrier pourra rendre au malade une articulation aussi mobile, aussi

Digitized by Google

facile que dans un membre sain, ce serait se jouer de la dignité et de la crédulité de tout le monde. Non, il ne peut pas donner à un organe les matériaux qui lui manquent pour qu'il fonctionne comme dans l'état normal; mais ce que les résultats obtenus jusqu'à présent lui permettent d'assurer, c'est qu'en pareil cas le cartilage d'ossification étant rompu par suite de l'application de son appareil, le malade recouvrera un membre droit, qui ne jouira peut-être, il est vrai, que de quelques mouvements, il est possible même d'aucuns, mais qui lui sera toujours d'un avantage et d'une utilité comparables seulement à l'embarras et à l'incommodité qui l'accablaient précédemment. N'est-ce pas là un bienfait immense, si, outre qu'il est à peu près certain, il n'expose à aucune chance fâcheuse pour le gagner? Or, la méthode de M. Louvrier est la seule, jusqu'à présent, qui ait osé le promettre et qui soit capable de le prouver.

Un second cas d'ankylose assez fréquent est celui où la rétraction des muscles est l'état le plus sensible; il reste quelques mouvements parce que les surfaces osseuses ne sont pas soudées dans toute leur étendue. Souvent le tibia reste complétement libre de toute adhérence; mais alors, quand la jambe se fléchit sur la cuisse, la rotule se déjette en dehors, et, soit par sa base, soit par la partie supérieure de sa face postérieure, se soude avec un point de la face antérieure ou inférieure de l'extrémité du fémur. Dans cet état, les mouvements de flexion sont peu gênés, mais ceux d'extension trouvent d'abord pour premier obstacle la rétraction plus ou moins prononcée des muscles de la région postérieure de la cuisse, et puis ils ne peuvent jamais aller au delà de l'empêchement qu'éprouve le tibia en se relevant sur la rotule fixée comme nous l'avons dit.

Or, nous le demandons, les moyens ordinaires suffisent-ils pour triompher de cette affection dans de telles circonstances? Non, sans doute. Nous concevons que la section des tendons musculaires et même l'extension continue diminuent la flexion et viennent à bout du premier obstacle; mais le résultat ne sera-t-il pas sinon inutile du moins incomplet quand, après l'opération tranchante, on se trouvera arrêté par la résistance qu'oppose le point d'ossification de la rotule? Et, arrivé là, n'importe lequel des deux procédés échoue, car nous retombons dans le cas où l'on dit que nul moyen n'est à tenter contre la soudure des os. Il est évident, en effet, qu'à ce point, la section des muscles serait une opération cruellement inutile, et que l'extension prolongée même au delà de tout le temps possible ne pourrait qu'occasionner la luxation du tibia en arrière, repoussé qu'il serait par la résistance de la rotule qui ne serait pas vaincue. Donc il vaut mieux invoquer tout de suite le bénéfice de la méthode de M. Louvrier, qui tout d'abord suffit pour triompher de l'affection, et en difinitive devient l'unique ressource.

Enfin, si nous parlons du troisième cas d'ankylose dans lequel on ne trouve aucune soudure des os, mais seulement une rétraction forte et ancienne des muscles, chacun doit voir de suite de quel côté est l'avantage de la comparaison entre les procédés jusqu'à présent mis en usage et l'innovation qui tend à les remplacer. Considérons, en effet, d'un côté l'extension progressive, longue et continuellement pénible, n'allant jamais au gré du médecin ni du malade qui éprouve d'autant plus d'inquiétudes et de tourments que les effets en sont plus lents; ou bien la section des tendons, opération qui, bien que peu dangereuse, n'est cependant pas exempte de difficultés; car encore faut-il y apporter toute la précaution nécessaire pour ne pas léser les vaisseaux voisins et laisser intactes les gaînes des tendons, sans quoi tout l'avantage du procédé s'évanouirait et laisserait en outre courir les chances d'accidents plus ou moins graves qui peuvent quelquefois rendre le remède pire que le mal; songeons encore que ce procédé se complique de l'adjonction du précédent qui en devient le complément et l'accessoire inévitable... et puis, de l'autre côté, examinons les conséquences rapides et non moins satisfaisantes d'une méthode qui n'entraîne ni traitement ni longues souffrances, et dont l'effet, immédiatement certain, semble d'après l'expérience acquise jusqu'ici, être à l'abri de tout accident qui vienne, comme ailleurs, retarder et entraver la guérison.

On a dit que dans l'opération par l'appareil de M. Louvrier il y avait rupture et déchirement des parties molles, des ligaments!... Eh! mon Dieu! qu'en savent donc ceux qui l'assurent et veulent le faire croire aux autres? Jusqu'à ce jour aucune vérification anatomique faite sur un membre opéré pendant la vie n'a permis de le constater, et M. Louvrier assure et prouve que dans les nombreuses expériences qu'il a d'abord faites sur le cadavre il n'a jamais rencontré d'autre modification dans les tissus que le décollement des surfaces osseuses par la rupture d'un cartilage très-dense qu'il dit être intermédiaire à la soudure des os, et le simple allongement, sans aucune altération traumatique, des parties molles rétractées. Mais encore, si les ligaments d'une articulation coopèrent au mouvement de rétraction, sont-ils plus épargnés dans l'application des deux autres procédés, soit qu'on les tiraille continuellement, soit qu'on en fasse la section? et d'ailleurs, quoi qu'il arrive, quelles que soient les modifications que supportent les parties, puisque tout cela se fait sans difficulté et sans accident, n'en voyons que le but et le résultat si avantageux, si satisfaisants; acceptons-le donc sans controverse et sans

Digitized by Google

nous inquiéter d'une théorie inexplicable, non plus que de la crainte de ces douleurs qu'on a voulu faire si déchirantes, si effroyables que le bénéfice de l'opération n'en compenserait véritablement pas l'horreur! Il serait vraiment aussi peu convenable que nous cherchions à les dissimuler qu'il a été ridicule et faux d'en exagérer l'effet. Devrions-nous même nous arrêter à une si mince considération? Oui, nous l'avouons, l'aspect de l'appareil, les préparatifs de l'opération, peuvent faire naître dans l'esprit du malade et des assistants, l'idée de souffrances beaucoup plus atroces qu'elles n'existent réellement; car, combien d'opérés se sont écriés devant nous : « Mon Dieu! que de fois j'ai souffert pendant des heures entières plus que tout à l'heure pendant ces vingt secondes! » C'est, en effet, à cet intervalle de temps, terme moyen, que se borne le moment douloureux de l'opération. Jamais il ne dépasse trente secondes, et toujours la douleur a cessé avant que l'appareil ne soit enlevé. Or, nous le demandons, quand cette douleur serait cent fois plus vive, quand il faudrait la supporter plus longtemps, serait-ce encore payer trop cher le bienfait qu'on en retire? Pour l'acquérir, trouverait-on plus avantageux de se livrer à une opération sanglante, souvent hasardeuse, toujours douloureuse, longue, pénible, et dont les résultats, d'abord incertains, se font attendre pendant des mois au milieu de souffrances continuelles et d'anxiétés sans fin, si des complications quelquefois inévitables viennent retarder la guérison et même fréquemment déjouer toutes les espérances?...

Ainsi donc, en résumant les trois cas d'ankyloses que nous avons décrits, nous maintenons nos motifs de préférence pour l'application de la nouvelle méthode : parce que dans l'un elle est unique, indispensable; parce que dans le second elle remplace toute seule les deux autres procédés qui, s'ils sont employés, n'en sont pour ainsi dire que les préliminaires; et parce que, dans le troisième, si ceux-ci peuvent guérir, ils ne le font qu'avec plus de lenteur, moins de certitude et pas plus d'avantage.

Si, du reste, ce que nous avons dit n'est pas convaincant, que les incrédules fassent comme nous, qu'ils interrogent les faits, et qu'ils croient du moins ce qu'ils verront eux-mêmes.

Voici le compte-rendu sommaire que nous avons à en présenter :

1° Parmi les opérés, dont l'indication est faite au n° du 24 août dernier, la femme de l'hôpital Necker a depuis longtemps quitté cet établissement; sans avoir recouvré entièrement l'usage bien libre de sa jambe, elle peut facilement aller et venir avec l'aide d'un simple bâton. Son membre n'a rien perdu de sa rectitude et gagne chaque jour en force et en agilité.

2° Madame S...., rue du faubourg Montmartre, 52, a quitté Paris dans les derniers jours du mois d'octobre, heureuse d'avoir recouvré l'usage de sa jambe; dans une de ses dernières lettres elle annonce la surprise et l'enchantement que sa guérison a causés à tous les membres de sa famille et aux médecins de Dijon qui l'avaient traitée sans succès pendant si longtemps, et elle confirme de nouveau son état satisfaisant.

3° Madame V...., rue Saint-Louis, 77, continue à jouir des mouvements que l'opération lui a rendus dans son articulation qui était complétement soudée; un excès de prudence l'empêche même de s'en servir autant qu'elle le pourrait et qu'elle le devrait, car l'habitude et l'exercice donneraient bientôt à son membre toute la facilité possible.

4° M. N...., rue Saint-Nicaise, 2, est parti le 23 novembre pour retourner chez lui. Dès la troisième semaine après l'opération, et pendant tout le reste de son séjour à Paris, il est sorti et a continuellement couru, vaquant à ses affaires, rendant visite aux médecins qui l'avaient vu opérer, sans autre soutien que sa canne, et quelquefois, par précaution contre trop de fatigue, portant un léger bandage contentif autour de son genou. Nous l'avons vu nous-même marcher avec ce simple appareil, et on nous a fait observer, à son hôtel, que souvent il sortait et montait les escaliers sans aucun appui ni bandage.

5° Madame X...., du passage du Grand-Cerf, 48 (Journal du 24 octobre), avait pu d'abord se servir de sa jambe avec quelques mouvements qui ne se sont pas maintenus à cause d'une nouvelle affection qu'a amenée dans l'articulation la constitution éminemment scrofuleuse de cette dame. Sa jambe s'est donc réankylosée; mais cette fois la soudure s'est faite dans l'état de rectitude le plus parfait, en sorte qu'elle se sert de son membre, va et vient avec tant de facilité qu'elle n'a pas même besoin du secours d'un bâton.

6° La femme couchée au n° 23 de la salle Sainte-Agnès, à l'hôpital de la Charité (dont l'opération est rapportée au numéro du 16 novembre), offre toujours la certitude de voir se compléter toute l'amélioration qu'on pouvait apporter à son état si pitoyable; la mobilité devient de plus en plus facile dans l'articulation. Elle se lève, et fait sans grandes difficultés quelques pas autour de son lit.

Depuis ce temps M. Louvrier a encore opéré :

7° Le 18 novembre, rue de l'Entrepôt, 27, mademoiselle N...., âgée de seize ans, et qui depuis l'âge de cinq ans était affectée d'une tumeur blanche qui avait amené sa jambe à l'état de flexion à angle aigu très-élevé sur la cuisse, avec complication de luxation déjà fort ancienne du tibia en arrière des condyles du fémur, et déplacement de la

Digitized by Google

rotule en dehors. L'opération, faite avec la même facilité que de coutume, a permis à la jeune malade d'appuyer toute la plante du pied sur le sol trois jours après le redressement du genou, et le succès se maintient aussi sûrement qu'on pouvait l'espérer.

8° Le 22 novembre, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Laugier, au n° 33 de la salle Sainte-Isabelle, une femme, âgée de vingt et un ans, qui, ayant été atteinte il y a deux ans, pendant le temps d'une grossesse, d'une violente arthrite au genou gauche, a vu sa jambe se fléchir rapidement. Depuis quinze mois l'articulation du genou était ankylosée incomplétement, car de légers mouvements de flexion étaient encore possibles avant l'opération; mais la rotule, déviée de sa position, était adhérente par sa base à la partie antérieure du condyle externe du fémur. L'opération, faite avec succès, sans pourtant avoir décollé la portion de rotule soudée, a mis la jambe dans un état de rectitude parfaite qui permet à la malade, depuis quelques jours déjà, de se lever et de s'en servir.

9° Au n° 46 de la salle Beaujon, un jeune homme, âgé de vingt-six ans, employé dans l'administration des contributions indirectes, arrivé la veille de Brest, avec une ankylose du genou gauche à angle presque droit, datant de deux ans, et produite par une suite d'abcès à la partie inférieure de la cuisse, dont l'un n'est pas encore net de suppuration. Cette circonstance, toute fâcheuse qu'elle paraisse, n'arrête cependant pas M. Louvrier dans l'application de son appareil. Déjà il a eu occasion d'opérer sur des membres affectés d'abcès scrofuleux en plein état de suppuration, qui, chose incroyable, ont été résorbés et cicatrisés en même temps que l'ankylose détruite. Dans le cas actuel on pouvait craindre une altération dans le tissu du fémur, mais après s'être assuré que cet os ne présentait qu'un peu plus de volume à son extrémité inférieure, l'opération a été décidée. L'ankylose était incomplète comme dans le cas précédent, mais avec cette particularité que la rotule était plus désavantageusement placée, car elle adhérait à la face tout à fait inférieure du condyle externe : aussi, dans le redressement, sa résistance a-t-elle été assez forte pour faire opérer au tibia un léger mouvement de retour en arrière des condyles; mais une seconde épreuve de simple traction a complété l'opération, dont le résultat marche avec la même satisfaction que toutes les autres.

10° Nous ne rapporterons pas le détail de l'opération faite rue St-Honoré, 163, dont l'observation a été recueillie par un de nos collaborateurs, et aussitôt publiée dans le n° du 30 novembre. Nous dirons seulement, pour la compléter, que le malade, enchanté d'un résultat si heureux et surtout si prompt, voudrait déjà s'en aller, comptant jouir sous peu de jours de l'usage parfaitement libre de sa jambe qu'il fait manœuvrer à sa guise.

11° Enfin, rue de l'Evêque, 20, M. Louvrier a opéré, le 28 novembre, M. G...., jeune homme de dix-sept ans, affecté au genou gauche d'une tumeur blanche qui avait occasionné l'ankylose de l'articulation, sous un angle obtus peu élevé, mais avec adhérence complète de la rotule sur le fémur et sur le tibia; car tous mouvements étaient impossibles avant l'opération; mais comme la soudure s'était faite en haut, à la partie antérieure de l'un des condyles, au moyen d'une légère modification dans l'application de l'appareil, il a été facile de la décoller entièrement au moment du redressement. C'est ce qui a eu lieu, et a pu être aussitôt constaté par tous ceux qui ont voulu lui imprimer tous les mouvements possibles. La douleur de l'opération a été si promptement dissipée, que le jeune malade, à peine débarrassé de l'appareil, s'est rendu à son lit, dans une autre chambre, en appuyant son pied entièrement à plat sur le parquet, et sans autre aide que le bras d'un des assistants. Les suites en sont aujourd'hui on ne peut plus satisfaisantes, et sous peu de jours la guérison va être parfaite.

Toutes ces dernières opérations ont encore été faites par M. Louvrier, en présence d'un grand nombre de médecins et de chirurgiens qui se sont empressés de témoigner hautement de leur complet assentiment pour une methode dont l'invention leur a paru si précieuse et l'application si bienfaisante. *Quant à l'exécution, rien n'est plus admirable,* disaient les plus incrédules qui veulent encore attendre les effets avant d'être tout à fait convaincus.

Dire que les éloges et les encouragements dont M. Louvrier a été l'objet lui ont été donnés par MM. Marjolin, Louis, Bérard, Velpeau, Bouvier, et grand nombre d'autres praticiens distingués, si bons juges de tout ce qui regarde la science, c'est leur donner toute garantie d'équité et de justice, et relever en même temps le mérite de celui qui les a reçus; mais, comme de nos jours, au milieu de tant de jalousies et de basses intrigues, aucun avantage, si légitime qu'il soit, ne peut rester sans compensation pour les envieux qu'il tracasse, il a bien fallu que le nom de M. Louvrier, à peine connu, mais qui s'annonçait sous d'heureux auspices, fût déjà compromis par les soins de la malveillance et de la calomnie.

L'autre semaine, un accident grave est arrivé : Un jeune homme de famille, soumis au traitement de l'extension continue pour une ankylose du genou, produite par une affection ancienne qui avait notablement altéré le tissu des os, a eu, par l'application de l'appareil, le fémur fracturé à sa partie inférieure. L'amputation de la cuisse a été immédiatement jugée nécessaire et pratiquée par M. Roux,

Digitized by Google

La dissection du genou a fait voir l'un des condyles atteint d'une affection cancéreuse en ayant détruit une partie, et couvert la portion inférieure du fémur d'altérations qui devaient avoir considérablement diminué la force de cohésion de cet os; en sorte, qu'en admettant même, comme on l'a dit depuis, que l'accident n'ait point été occasionné par un degré de pression mal calculé, on ne conçoit pas encore facilement qu'un chirurgien ait conseillé un pareil traitement dans un tel état de choses.

Tout aussitôt après ce malheur, on répandit le bruit, et nous l'avons nous-même entendu répéter en ville et dans plusieurs salles de clinique, que M. Louvrier en était l'auteur et l'un de ses malades la victime. Nous n'accusons personne d'avoir inventé ce mensonge; mais nous ne pouvons pas dissimuler que la manière dont M. Roux a parlé publiquement de l'accident qui en a été la cause, a beaucoup servi à le laisser propager. En se portant l'ennemi de toutes les innovations, même de celles qu'il ne connaît pas, le professeur a tonné *contre les nouvelles méthodes que les journaux de médecine ont fait connaître récemment et dont ce malheureux jeune homme venait d'être la dupe*. C'était tout ce qu'il fallait pour faire croire davantage aux bruits qui mêlaient le nom de M. Louvrier dans cette fâcheuse affaire, et à moins d'indication personnelle il n'y avait plus moyen de l'en débarrasser. Nous concevons le sentiment qui a empêché M. Roux de nommer personne, et nous sommes loin de l'en blâmer; mais nous ne comprenons pas, comme lui, que la charité, la bienveillance pour l'un doivent s'exercer aux dépens de l'autre, et sans être moins discrets, sans nommer la personne dont il s'agit, nous remplirons, à la place de M. Roux, un devoir non moins charitable et plus juste, en affirmant que M. le docteur Louvrier a été complétement étranger à l'accident en question.

Sa méthode de traitement est, d'ailleurs, toute opposée à celle qui a occasionné ce malheur.

Jusqu'à présent, aucun accident n'est venu entraver le résultat des onze opérations que M. Louvrier a faites sur les genoux ankylosés; prochainement il va tenter l'application de son appareil modifié contre les ankyloses du membre supérieur. Nous ne saurions trop l'encourager dans cette voie de persévérance et de progrès; ce sera le meilleur moyen de répondre aux contradictions intéressées et aux attaques malveillantes dont il sera encore indubitablement l'objet. Mais, sans y prendre garde, qu'il travaille aux perfectionnements que l'expérience et la pratique ne manqueront pas de lui inspirer, de manière à prouver à tout le monde que la guérison des ankyloses, que l'on ne tentait même pas jusqu'ici, est pour lui chose simple et facile; et qu'ensuite, il soit bien convaincu que son seul tort actuel, est qu'il est étranger dans un pays où il est si malaisé de se produire soi-même, sans prôneurs et sans amitiés profitables; et qu'ayant fait ce qu'on regardait comme impossible, il se trouve avoir raison contre tout le monde. Mais, pourquoi aussi M. Louvrier a-t-il mis tant d'obstination dans son fait? Il devait savoir qu'il n'est permis d'inventer qu'à Paris, et que prétendre à cette gloire quand on vient d'une petite ville de la Franche-Comté, c'est commettre une impertinence, un crime de lèse-capitale que les rebuffades et les façons méprisantes de quelques-uns ne sauraient lui faire expier trop rudement. L.... E.

GAZ. DES HÔPITAUX. — Décembre 1839.

Note sur la conservation des cadavres pour les études d'anatomie normale et pathologique sans altérer la couleur ou la densité des tissus; par M. le docteur CH. DUJAT.

Jusqu'à présent on n'était pas parvenu à s'opposer à la putréfaction des substances animales sans changer l'aspect des tissus; les injections alumineuses, quoiqu'ayant rendu des services réels dans ces derniers temps, altèrent les instruments et donnent aux muscles, aux vaisseaux, aux nerfs, une teinte blanche uniforme qui ne permet pas de les distinguer facilement; aussi l'usage n'en est-il pas devenu aussi général qu'on aurait pu le penser.

Il n'est donc pas sans intérêt de faire connaître un procédé facile pour prévenir la décomposition putride sans changer en rien l'aspect des parties. C'est surtout dans les pays entre les tropiques que les études anatomiques étaient rendues difficiles par la putréfaction rapide des cadavres en toutes saisons; mais depuis que le docteur R. O'Shangbnessey a essayé pour les dissections les injections arsenicales recommandées par le docteur Tranchina, de Palerme, pour conserver les cadavres, les études anatomiques sont suivies dans le collége médical des natifs à Calcutta avec plus de facilité même que chez nous (1).

L'hiver dernier et récemment aussi à l'École pratique de Paris, j'ai injecté plusieurs sujets par ce procédé, et le succès a été complet; le cerveau,

(1) Cette institution fondée ces dernières années pour l'éducation médicale des indigènes, compte une centaine d'élèves. Le zèle et l'intelligence des jeunes Indoux, la bonne direction donnée aux études font espérer qu'il en sortira des sujets d'une instruction solide.

Digitized by Google

après plusieurs semaines, était aussi ferme qu'on le trouve à l'autopsie; les altérations pathologiques des divers organes avaient conservé leur aspect ordinaire. Le bras d'un sujet injecté avec la solution arsenicale en mars dernier a été tenu dans un lieu renfermé pour en retarder la dessiccation; trois mois après il était dans un état de conservation parfaite, il aurait pu encore être disséqué : il s'est complétement desséché depuis, les muscles sont d'un rouge foncé, sans autre altération de couleur. Le onze octobre dernier, j'ai suspendu la putréfaction déjà avancée d'un cadavre par l'injection arsenicale, et j'en conserve encore aujourd'hui (26 novembre) des parties qui ne présentent d'autre différence avec celles prises sur un sujet mort depuis peu de jours que le décollement de l'épiderme. Des pièces en état de putréfaction macérées dans ce liquide ont perdu leur odeur et se sont conservées fort bien.

On conçoit tout l'avantage de ce procédé pour les préparations de pièces anatomiques et pour les dessiccateurs dans cette partie, puisque même les pièces d'anatomie pathologique conservent ainsi leur aspect primitif, jusqu'à ce qu'elles se dessèchent.

Ce moyen est aussi précieux pour les préparations des squelettes avec les ligaments; il suffit de leur donner plusieurs couches ou mieux un bain de la solution chaude d'arsenic pour les mettre à l'abri des insectes et conserver les os. Comme l'injection arsenicale poussée avec assez de force pénètre tous les tissus, elle offre encore pour conserver les peaux d'animaux, à empailler, un moyen d'autant plus certain, que l'opération aura été faite avant que l'animal ait perdu toute sa chaleur.

J'avais cru que le docteur R. O'Shanghnessey avait eu le premier l'idée de conserver les sujets pour les études anatomiques par l'acide arsénieux; mais j'ai appris depuis que le professeur Dudley, aux Etats-Unis, depuis plus de quinze ans fait injecter ainsi les sujets soumis à la dissection dans l'école de Levington. Chaussier lui-même paraît avoir employé ce procédé pour conserver les cadavres.

Les propriétés vénéneuses de l'arsenic pourraient faire craindre de populariser ce moyen; des accidents sont arrivés chez des hommes qui avaient eu pendant plusieurs heures les mains baignées et comme macérées dans une solution d'arsenic; les mêmes circonstances ne se rencontrent pas sur la dissection; les mains ne sont humectées par le liquide du cadavre qu'accidentellement et pour un temps très-court. D'un autre côté, l'acide arsénieux peu soluble à froid, se dépose en grande partie dans la trame des tissus, et le liquide en contient très-peu. Les craintes manifestées sur l'emploi de ce procédé sont donc exagérées; je suis même persuadé qu'il rend moins dangereuses les piqûres faites en disséquant; les atomes d'acide arsénieux qui pourraient être absorbés par les points dénudés de la peau ne peuvent alarmer que des homœopathes; on a craint le dégagement d'hydrogène arséniqué, mais il ne peut s'en former, puisque la décomposition putride n'a pas lieu. D'ailleurs le meilleur juge en toutes choses, l'expérience, a démontré que ces craintes étaient mal fondées, puisque à Paris, à Calcutta, à Levington, de nombreux élèves ont disséqué ces sujets et ne s'en sont pas trouvés incommodés; d'un autre côté, j'ai réduit à quatre onces et même deux onces la dose d'acide arsénieux au lieu d'un kilogramme recommandé par le docteur Tranchina pour l'injection d'un seul cadavre.

Voici le procédé tel que je l'emploie :

Acide arsénieux en poudre, quatre onces.

Eau commune, trois livres.

Je fais bouillir pendant cinq à dix minutes dans un poêlon de terre ou autre, et avec une seringue domestique, *non grasse*, j'injecte le liquide par l'artère crurale ou carotide dans laquelle un bout de grosse sonde a été fixé, la seringue ne contenant qu'une livre de liquide, on est obligé de la charger trois fois pour les trois livres de solution. Celle-ci doit-être employée chaude; car, comme je l'ai dit plus haut, l'acide arsénieux se dépose en partie par le refroidissement. Il est bon de pousser l'injection avec une force modérée chez les vieillards surtout, afin qu'elle pénètre les os, les ligaments, et autres parties qui ne reçoivent que de petits vaisseaux. Pour les sujets qui doivent servir à l'angiologie, on laisse pendant vingt-quatre heures la solution pénétrer les tissus et débarrasser ainsi les vaisseaux avant de faire l'injection grasse; cette seconde opération réussit tout aussi bien que si la première n'avait pas eu lieu. Pour les dissections ordinaires, j'ai quelquefois injecté seulement deux onces d'arsenic dans deux livres d'eau; mais cette quantité de liquide n'étant pas suffisante pour pénétrer toutes les parties d'un sujet de grande dimension, j'ai vu celles qui recevaient peu de vaisseaux artériels être atteintes de vers en quelques points et se putréfier, mais jamais les autres parties.

Lorsque le sujet est destiné à être conservé indéfiniment, il faut répéter l'injection à la même dose une seconde et même une troisième fois à quelques heures d'intervalle, lorsque la première aura déjà bien pénétré les tissus. Je suis fondé à croire qu'un cadavre pénétré de douze onces d'acide arsénieux sera pour toujours à l'abri de la décomposition putride quel que soit le milieu où il sera déposé.

La solution du deuto-chlorure de mercure n'est pas un moyen assuré de conservation; ce sel finit par passer à l'état de proto-chlorure, et même par se réduire à l'état métallique, et ne possède plus dans ces deux cas les mêmes qualités préservatrices, tandis que toutes les combinaisons d'arsenic s'opposent à la putréfaction.

Digitized by Google

On a conseillé dans ces derniers temps une solution de créosote, et tout récemment les docteurs Babington et Rees (*Guys hospital reports*, n° 9, octobre 1839, p. 142), ont conseillé l'esprit pyroxalique. Ces liquides conservent, il paraît, très-bien les sujets; mais leur odeur désagréable et leur prix élevé empêchent d'en populariser l'usage; l'acide arsénieux n'a pas d'odeur, et la quantité nécessaire pour un sujet ne va pas au delà du prix de vingt centimes.

GAZETTE MÉDICALE.—Décembre 1839.

— A l'aide d'un moyen très-simple qui consiste dans l'addition au piston de deux rondelles de cuir, rabattues sur une garniture élastique, M. Charrière est parvenu à confectionner des pompes et des seringues dont le piston, quoique facile, ne laisse passer dans le corps de l'instrument ni air ni liquide. Cette modification a de grands avantages pour les seringues d'Anel et les pompes à ventouses. Elle est, du reste, applicable à toutes les pompes et à toutes les seringues.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.—Décembre 1839.

RÉDUCTION

DES POIDS MÉDICAUX BELGES ANCIENS

EN POIDS DÉCIMAUX.

Le numéro du *Bulletin de thérapeutique* qui sera inséré dans le prochain cahier des Annales de médecine belge et étrangère, contient un article curieux, résumant les difficultés dans l'application, et les discussions qu'a fait naître en France le changement ordonné, depuis le 1er janvier 1840, dans l'emploi des poids médicaux.

Cet article est suivi d'un tableau comparatif des poids anciens et nouveaux; nous publierons ce tableau tel qu'il se trouve dans le journal français, mais les poids médicaux anciens de Belgique différant essentiellement, dans leur valeur représentative, de ceux de nos voisins, nous croyons être utiles à nos lecteurs en donnant ici une table de réduction du poids médical de la Belgique en poids décimal, et *vice-versâ*.

Nous attachons d'autant plus d'importance à la publication de cette table, que nos abonnés pourraient être souvent embarrassés pour réduire en valeurs anciennes les doses qui seront désormais indiquées en valeurs décimales, dans les journaux que nous reproduisons.

Digitized by Google

TABLE DE RÉDUCTION DU POIDS MÉDICAL DE LA

Réduction du poids médical ancien en poids décimal.

POIDS MÉDICAL.				POIDS DÉCIMAL.				
Livres.	Onces.	Gros.	Grains.	Kilogrammes.	Hectogramm.	Décagramm.	Grammes.	Décigrammes.
			1					1
			2					1
			3					2
			4					3
			5					3
			6					4
			7					5
			8					5
			9					6
			10					7
			11					7
			12					8
			13					9
			14					9
			15				1	ou 10
			16				1	
			17				1	1
			18				1	2
			19				1	2
			20				1	3
			30				2	
			40				2	6
			50				3	2
		1	ou 60				3	9
		2					7	8
		3				1	1	8
		4				1	5	6
		5				1	9	5
		6				2	3	4
		7				2	7	4
	1	ou 8				3	1	2
	2					6	2	5
	3					9	3	7
	4				1	2	5	
	5				1	5	6	2
	6				1	8	7	5
	7				2	1	8	7
	8				2	5		
	9				2	8	1	2
	10				3	1	2	5
	11				3	4	3	7
1	ou 12				3	7	5	
2					7	5		
3				1	1	2	5	
4				1	5			
5				1	8	7	5	
6				2	2	5		
7				2	6	2	5	
8				3				
9				3	3	7	5	
10				3	7	5		

Digitized by Google

BELGIQUE EN POIDS DÉCIMAL, ET VICE-VERSA.

Réduction du poids décimal en poids médical.

POIDS DÉCIMAL.					POIDS MÉDICAL.			
Kilogrammes.	Hectogramm.	Décagramm.	Grammes.	Décigrammes.	Livres.	Onces.	Gros.	Grains.
				1				2
				2				3
				3				4
				4				6
				5				7
				6				9
				7				10
				8				12
				9				13
			1	ou 10				15
			2					30
			3					46
			4				1	1
			5				1	16
			6				1	32
			7				1	47
			8				2	2
			9				2	18
		1	ou 10				2	33
		2					5	7
		3					7	40
		4				1	2	14
		5				1	4	48
		6				1	7	21
		7				2	1	55
		8				2	4	28
		9				2	7	2
	1	ou 10				3	1	36
	2					6	3	12
	3					9	4	48
	4				1	0	6	24
	5				1	4		
	6				1	7	1	36
	7				1	10	3	12
	8				2	1	4	48
	9				2	4	6	24
1	ou 10				2	8		
2					5	4		
3					8			
4					10	8		
5					13	4		
6					16			
7					18	8		
8					21	4		
9					24			
10					26	8		
20					53	4		
30					80			
40					106	8		
50					133	4		
60					160			

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Observation d'une maladie cérébrale très-compliquée; par Max. Durand-Fardel, interne de la Salpétrière.

Perte subite de connaissance; une demi-heure après, retour des facultés; point de paralysie; perte graduelle de la connaissance, de la parole, du mouvement et du sentiment; mort au bout de dix-sept heures, dans un état d'asphyxie complète; antécédents à peu près négatifs, à part de la céphalalgie et des étourdissements; épanchement énorme séro-sanguinolent dans les ventricules du cerveau; ramollissement chronique de leurs parois; petite production anormale dans le ventricule droit; hémorrhagie considérable dans le lobe gauche du cervelet; cicatrice hémorrhagique dans le lobe droit.

Obs. — La nommée Leblanc, âgée de 75 ans, reposante à la Salpétrière, ancienne fille de service, fut prise tout à coup, dans la soirée du 12 avril 1839, de symptômes apoplectiformes.

Voici les renseignements que l'on a pu se procurer sur les antécédents. Ils ont été fournis par les personnes qui vivaient habituellement autour d'elle, à l'hospice.

Cette femme, à la Salpétrière depuis longtemps, s'était cassé la jambe il y a cinq ans, et depuis lors n'était pas allée une seule fois à l'infirmerie. Depuis cette époque, elle boitait et ne pouvait marcher sans s'appuyer sur un bâton. Depuis quelque temps elle avait été obligée de cesser de s'occuper à tricoter, comme elle faisait autrefois; cependant toujours agissante; le matin de son attaque, elle avait préparé elle-même son déjeuner et avait aidé à balayer son dortoir. Au dire des surveillantes de la division, elle parlait sans aucune difficulté; elle aimait à plaisanter, et avait des prétentions à faire de l'esprit.

Assez généralement souffrante, surtout dans les derniers temps, elle toussait beaucoup, se plaignait d'oppression, de frissons, de maux de tête, d'étourdissements; quand ceux-ci lui prenaient, elle ne voyait plus clair; cependant ils n'étaient jamais assez forts pour qu'elle tombât, ni perdit connaissance.

Elle n'avait jamais parlé d'ancienne attaque d'apoplexie, et personne n'avait remarqué chez elle aucune trace de paralysie. Depuis plusieurs mois elle baissait beaucoup, et ses compagnes l'engageaient à aller à l'infirmerie. Elle avait l'habitude de boire et s'enivrait de temps en temps.

Le 12 avril (temps froid et sec depuis quelques jours, vend du nord), elle n'avait fait aucun excès dans la journée, et n'avait rien présenté d'extraordinaire. A cinq heures du soir, étant assise sur sa chaise, elle perdit tout à coup connaissance. On la porta aussitôt sur son lit : on la déshabilla; ses membres ne présentaient aucune roideur; elle ne tarda pas beaucoup à recouvrer ses sens.

La langue semblait très-embarrassée, et elle s'exprimait avec peine; mais il paraît qu'on ne remarqua du côté des membres aucun signe de paralysie. Elle fit quelques efforts de vomissements.

Je la vis près de deux heures après son attaque. Elle était très-pâle, couchée sur le dos, la figure hébétée; la bouche paraissait un peu relevée du côté gauche. Les pupilles se contractaient bien à l'approche d'une lumière; la gauche était un peu plus large que la droite. La langue se tirait droite et sans peine. La parole était très-embarrassée, et l'on avait beaucoup de peine à comprendre ce qu'elle disait. Elle raconta qu'elle avait éprouvé un violent étourdissement à la suite duquel elle avait perdu connaissance. Elle ressentait encore de la céphalalgie. Ses bras se mouvaient aussi facilement l'un que l'autre, et ses deux mains serraient avec une force égale. Les membres ne présentaient aucune roideur. Le pouls était un peu lent, irrégulier, un peu intermittent. La chaleur de la peau était normale.

Elle fut portée à l'infirmerie (au n° 17 de la salle Saint-Jacques, service de M. Prus). Une saignée du

Digitized by Google

bras fut pratiquée. Pendant tous ces apprêts elle demeurait comme indifférente à tout ce qui l'entourait, l'air hébété; cependant elle répondait aussitôt qu'on lui adressait la parole.

Une palette de sang seulement put être tirée. Quarante sangsues furent appliquées à l'anus, et plus tard on lui donna un demi-lavement avec une once de séné, et des sinapismes furent promenés sur les extrémités inférieures.

A dix heures du soir, elle était plongée dans un engourdissement profond; cependant quand on lui parlait, elle répondait quelquefois, mais d'une manière presque inintelligible. La face, toujours très-pâle, avait le même caractère, si ce n'est qu'elle exprimait un affaissement encore plus profond. Les bras paraissaient assez mobiles, mais le gauche présentait une roideur assez remarquable dans l'articulation du coude. Cette roideur existait à un moindre degré du côté droit où elle paraissait sous l'influence de la volonté; elle n'était pas tellement prononcée à gauche, qu'on ne pût l'attribuer à la même cause. Lorsqu'on la prenait sur les bras, elle exprimait de l'impatience et cherchait à se défendre. La face s'animait peu cependant, et les yeux toujours fermés s'entr'ouvraient à peine.

Les jambes se retiraient quand on chatouillait la plante des pieds. Elles n'offraient aucune roideur.

La respiration était peu fréquente, paisible regulière; le pouls était le même.

Bruits du cœur sourds, réguliers; impulsion assez forte.

Les sangsues n'avaient pas donné beaucoup de sang. Le lavement de séné ne fut pris qu'incomplétement et produisit peu de résultats. Des sinapismes furent appliqués de nouveau.

La malade ne bougea plus de la nuit, ne donna aucun signe de connaissance. Il paraît que la respiration était assez bruyante par instants. Elle urina sous elle.

Dans la matinée, la respiration redevint silencieuse.

A six heures du matin, elle était plongée dans un coma profond, la face sans déviation, sauf un affaissement notable de la narine gauche. Les yeux étaient fermés; les pupilles égales, médiocrement contractées, paralysées. La joue gauche paraissait se laisser distendre par l'air, dans l'expiration, un peu plus que la droite. La respiration était peu fréquente, régulière.

Les membres étaient dans un état complet de résolution. Cependant, quand on pinçait fortement la peau des bras, ou qu'on chatouillait la plante des pieds, ils se retiraient un peu. La chaleur de la peau était normale; le pouls un peu plus fréquent qu'hier, assez développé.

A huit heures, je trouve cette femme dans un état d'asphyxie. Il y a une cyanose générale, prononcée surtout à la tête et aux extrémités. La face est bouffie; il s'écoule de la bouche un mucus écumeux, épais et blanchâtre; la respiration est fréquente et bruyante, le pouls petit et fréquent; rien de nouveau du côté des membres.

L'asphyxie fait incessamment des progrès. Les traits deviennent méconnaissables par la tuméfaction et la teinte noire du visage. La peau se couvre d'une sueur froide et visqueuse, le pouls devient presque imperceptible; la respiration se ralentit et se suspend par instants pendant près d'une minute. Enfin la mort arrive à dix heures, dix-sept heures après le début des accidents.

Autopsie 24 heures après la mort.

Roideur cadavérique très-développée. Plus de traces de cyanose. Point de déviation des traits de la face; dilatation égale et moyenne des pupilles; embonpoint; point d'infiltration.

Epaisseur normale et injection vive des os du crâne; peu d'adhérences de la dure-mère; sang liquide en assez grande quantité dans les vaisseaux et dans les sinus; cette membrane est fortement tendue.

L'arachnoïde est sèche, et présente peu d'opacité.

La pie-mère est sèche, collante à la surface du cerveau, assez injectée de sang, et également des deux côtés. Les parois des vaisseaux artériels sont jaunes et épaissies. Les circonvolutions sont aplaties, fortement pressées les unes contre les autres, les espaces qui les séparent ont disparu pour la plupart; on trouve cependant du côté gauche deux ou trois anfractuosités écartées par un peu de sérosité limpide; un plus grand nombre du côté droit.

La surface des hémisphères est fluctuante.

Le cerveau est retiré du crâne; en séparant la protubérance à sa partie moyenne, il s'écoule par une déchirure du tuber cinereum et par un jet continu semblable à celui d'une saignée, une énorme quantité de sérosité sanguinolente. La surface des hémisphères s'affaisse.

Sur la convexité de l'hémisphère droit, à la réunion du tiers antérieur avec le tiers moyen, une des circonvolutions qui longent la scissure médiane est tuméfiée, violacée dans toute l'épaisseur de la couche corticale, avec un pointillé rouge très-fin qui s'étend à la substance blanche sous-jacente. La consistance de cette circonvolution est un peu moindre que celle des circonvolutions voisines. La pie-mère ne paraît pas plus adhérente à sa surface qu'ailleurs.

Le reste de la superficie du cerveau ne présente rien à noter; les circonvolutions ont repris leur forme arrondie.

Digitized by Google

Rien de remarquable dans l'intérieur des hémisphères cérébraux. Consistance normale; légère injection de la substance médullaire.

La voûte à trois piliers et le *septum lucidum* sont complétement ramollis et convertis en une substance rosée, ou plutôt parsemée d'un grand nombre de taches rouges, sans aucune consistance, et se laissant délayer par un courant d'eau. La surface inférieure du corps calleux présente sur toute la ligne médiane un ramollissement tout semblable.

Les quatre ventricules et l'aqueduc de Sylvius ont des dimensions énormes dues à la distension opérée par la sérosité sanguinolente qui les remplissait et qui s'est écoulée. On n'y trouve pas un caillot de sang.

Les parois des ventricules latéraux sont en grande partie ramollies, surtout à leurs extrémités antérieure et postérieure.

A l'extrémité antérieure du ventricule droit, la membrane interne est comme disséquée légèrement soulevée et séparée du tissu sous-jacent par de la sérosité; celui-ci est, dans une partie de son étendue, rougeâtre, et superficiellement ramolli; dans une autre, il forme des faisceaux blancs, striés longitudinalement, entrecroisés, assez semblables aux colonnes charnues de second ordre qui tapissent les ventricules du cœur.

Lorsqu'on pratique une couche sur ce point, on voit la couche médullaire sous-jacente, dans l'épaisseur de près d'une ligne, comme raréfiée et perforée d'un grand nombre de petits espaces qui semblent le résultat d'une sorte d'atrophie interstitielle. Toute la partie postérieure du ventricule est aussi ramollie superficiellement; la membrane interne est détruite; une couche très-mince de sang coagulé recouvre une partie du tissu ramolli; le reste est soulevé par un courant d'eau, en forme de chevelu blanchâtre, taché d'un grand nombre de points rouges. Cette altération ressemble beaucoup, comme on le voit, à celle qui forme les parois des foyers hémorrhagiques récents.

Au milieu de ce tissu ramolli, du plancher inférieur du ventricule on voit naître deux ou trois petites végétations arrondies, du volume de petits pois, formées d'un tissu grisâtre, ayant la teinte de la substance corticale, mais un peu plus de consistance.

Les parois du ventricule gauche présentent un ramollissement du genre de celui que nous venons de décrire, mais beaucoup moindre.

La surface ainsi que l'intérieur des corps striés et des couches optiques sont parfaitement sains. Rien à noter à la protubérance ni à la moelle allongée.

Le lobe gauche du cervelet est converti en une poche très-vaste, remplie de sang noir liquide et à demi coagulé; les parois de cette poche n'ont dans tous les sens qu'une épaisseur de quelques lignes; elles sont rompues à leur partie externe, mais le sang ne s'est point écoulé au dehors. La face interne de ce foyer est mollasse, rougeâtre, violacée, contenant de petits caillots de sang isolés du foyer lui-même. Celui-ci excave profondément le cervelet jusqu'à la ligne médiane.

Au centre du lobe droit du cervelet, dans la substance blanche, on trouve une cavité du volume d'une amande, dont les parois rapprochées sans adhérences sont tapissées d'une membrane épaisse, dense, vasculaire, d'une couleur d'ocre très-foncée. La substance médullaire environnante est un peu jaunâtre, sans altération de consistance.

La moelle épinière paraît tout à fait saine, ainsi que ses enveloppes.

Adhérences générales des poumons. Coloration violacée de leur superficie. Ils sont à l'intérieur d'un rouge assez vif, marbré de plaques noires qui ressemblent parfaitement à des noyaux d'apoplexie pulmonaire.

Cependant, cette portion du tissu du poumon ne présente ni friabilité ni état granuleux, et ne va pas au fond de l'eau. Le bord de ces plaques est nettement circonscrit. Elles sont nombreuses et larges, surtout dans les deux lobes inférieurs; cependant, on en rencontre aussi dans le supérieur. Lorsque l'on racle la surface d'une coupe avec la lame d'un scalpel, on en exprime du sang pur à peine spumeux, qui ne paraît pas sortir des vaisseaux, mais semblait infiltré dans le tissu du poumon. Le poumon gauche présente la même altération, mais à un moindre degré.

Froncements et épaississement cartilagineux de la plèvre au sommet des deux poumons. Au-dessous, couche très-mince de tissu grisâtre, dur, dans lequel quelques rameaux bronchiques, d'un certain diamètre, paraissent venir se rendre et s'obturer assez brusquement.

Les bronches sont remplies d'un mucus spumeux sanguinolent. La muqueuse est rougeâtre et couverte de petites taches rouges, arrondies, nombreuses, que l'on ne peut faire disparaître ni par un courant d'eau, ni par un frottement léger; elle ne présente du reste aucune altération dans son épaisseur ni dans sa consistance.

Le péricarde renferme un peu de sérosité. Cœur volumineux; deux plaques blanches pseudo-membraneuses assez épaisses; à peu près quadrilatères sur sa face antérieure.

Le ventricule gauche a ses parois épaisses, très-fermes : sa cavité, un peu rétrécie, vide de sang. Le ventricule droit et les deux oreillettes sont remplis par une grande quantité de sang noir tout à fait liquide. Orifices sains, ainsi que les valvules. Seule-

Digitized by Google

ment, au niveau des glandes d'Arantius, sur le bord libre des valvules aortiques, il y a comme une petite végétation d'un très-petit volume, flottante, blanchâtre.

Plaques cartilagineuses nombreuses à la face interne de l'aorte, qui contient une certaine quantité de sang noir liquide.

Le foie et les reins sont très-rouges et contiennent une assez grande quantité de sang. Rien aux voies biliaires. La rate est enveloppée d'une coque cartilagineuse de près d'une ligne d'épaisseur. Son tissu est livide et très-friable. L'estomac présente de légères rougeurs sans altération de la muqueuse. Les intestins ne sont pas ouverts. Rien à noter dans l'utérus. La vessie est pleine d'urine et ses parois distendues. Sa muqueuse est parsemée d'un grand nombre de petites taches rouges superficielles.

Ce fait me paraît curieux par la multiplicité des lésions qui se sont rencontrées sur le cadavre, et par la forme des accidents qui ont précédé la mort. Je ne crois pas qu'il soit sans intérêt et sans utilité de soumettre les uns et les autres à une analyse détaillée qui nous permette de les apprécier à leur juste valeur, et de débrouiller l'assemblage un peu confus des faits que nous présentait cette observation.

L'instantanéité de l'attaque et la promptitude avec laquelle les premiers accidents s'étaient presque complétement dissipés semblaient, au début, annoncer une simple congestion sanguine, un coup de sang. En effet, un des caractères de cette altération, chez les vieillards en particulier, est que les symptômes apoplectiformes disparaissent, en général, au bout de peu de temps, et avant l'emploi de tout moyen thérapeutique, laissant seulement de l'hébétude, de la céphalalgie, de l'embarras dans la parole, et quelquefois une paralysie plus ou moins incomplète.

Mais lorsque dans les heures suivantes on vit augmenter l'hébétude, l'incertitude des mouvements, et survenir une tendance sans cesse croissante à l'assoupissement, sans délire cependant, comme sans paralysie, ces nouveaux accidents parurent se développer sous l'influence d'un épanchement séreux, soit dans les ventricules du cerveau, soit dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Ils avaient précisément la marche progressive et, si je puis ainsi dire, symétrique, qui caractérise cette maladie. Une des pupilles, il est vrai, était un peu plus dilatée que l'autre, mais cela pouvait exister auparavant; la face ne présentait aucune déviation. Les mouvements étaient évidemment libres, bien que lourds et incertains. La roideur que présentaient les membres supérieurs n'était pas assez prononcée pour que l'on pût y attacher une très-grande importance. Il faut craindre, quand ce symptôme n'existe qu'à ce degré, de le confondre avec des contractions musculaires simplement automatiques ou même volontaires.

Malgré le traitement employé, la maladie marcha avec une grande rapidité, et le lendemain matin, deux heures après le début, la femme Leblanc se trouva plongée dans le coma; cependant, encore quelques signes de sensibilité.

J'avoue qu'alors, à tort ou à raison, je crus devoir à peu près abandonner le diagnostic que j'avais porté la veille; car les épanchements simples de sérosité chez les vieillards ne suivent pas ordinairement un cours aussi rapide; la seule impression du cerveau ne tue pas en général aussi promptement. La marche de la maladie semblait annoncer une altération du tissu cérébral lui-même. Je fus dès lors convaincu qu'il s'agissait ou d'une apoplexie (hémorrhagie cérébrale), ou d'un ramollissement, surtout lorsque, bientôt après, je vis la vie se terminer dans un état complet d'asphyxie; car je n'ai encore vu ce dernier accident se montrer ainsi que dans des cas de lésions organiques du cerveau lui-même, et jamais dans de simples congestions sanguines ou séreuses.

Mais à laquelle de ces deux altérations avions-nous affaire?

Il était peu probable que ce fût une apoplexie, non pas à cause de la rémission que les accidents avaient éprouvée au début. En effet, l'hémorrhagie cérébrale se fait souvent en plusieurs temps. Quand l'épanchement est d'abord peu considérable, j'ai vu plus d'une fois les malades, peu de temps après l'attaque, recouvrer leur connaissance, ne montrer même aucun signe de paralysie; mais bientôt ils retombaient, et de nouveaux accidents annonçaient les progrès successifs du foyer. Mais il faut remarquer que l'hémorrhagie cérébrale, si elle se fait en plusieurs temps, ne suit jamais cette marche graduelle que nous avions observée, et que nous avions d'abord attribuée à une congestion séreuse. Elle se fait par secousses, en quelque sorte, et c'est toujours brusquement qu'un nouvel appareil de symptômes vient montrer les changements qui se sont opérés dans le foyer.

Il faut noter encore que l'hémorrhagie cérébrale, à moins d'être foudroyante, c'est-à-dire à moins de se faire dans le bulbe rachidien, dans le centre de la protubérance, ou de remplir instantanément la totalité des ventricules, est toujours précédée d'hémiplégie avant de revêtir des caractères semblables à ceux que nous présentait la femme Leblanc, quelques heures avant sa mort. Or, tel n'était point le cas, puisqu'au contraire les accidents étaient survenus progressivement.

Je croyais donc pouvoir affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une hémorrhagie cérébrale. Je ne m'arrêtai

Digitized by Google

qu'un instant à l'idée d'une hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde; car celle-ci, dont la marche progressive se rapproche parfois en quelque chose des accidents que nous avions observés, est habituellement caractérisée par de la contracture et des mouvements convulsifs dont nous avions pu constater l'absence.

Je me trouvais donc conduit, par voie d'exclusion, à attribuer à un ramollissement cérébral les accidents qui avaient terminé les jours de notre malade. Je sais que le ramollissement ne suit pas habituellement une marche précisément semblable à celle que nous avions observée. Mais les formes qu'il revêt sont si diverses, que je doute qu'il soit une combinaison des symptômes cérébraux qui ne puisse lui appartenir.

Mais était-ce un ramollissement aigu, c'est-à-dire contemporain des accidents observés, ou un ramollissement chronique, c'est-à-dire existant déjà depuis un temps plus ou moins long, avant l'époque où il avait donné lieu à des accidents mortels?

Un ramollissement aigu détermine rarement une mort aussi prompte, à moins qu'il ne se forme sur quelque point essentiel, comme le bulbe, par exemple. En outre, il a ordinairement un aspect plus franchement apoplectique, et la plupart des cas de ramollissement aigu du cerveau que j'ai eu occasion d'observer ont suivi de tous points la marche de l'hémorrhagie cérébrale.

Si nous supposions l'existence d'un ramollissement chronique, nous ne trouvions pas dans les renseignements qui nous avaient été fournis de circonstances qui parussent justifier ce diagnostic. De la céphalalgie, des étourdissements peu prononcés, de l'affaissement depuis quelque temps, ne suffisaient pas pour caractériser un ramollissement du cerveau (1). Mais je savais déjà qu'il n'est pas rare de voir le ramollissement cérébral, après avoir fait sourdement des progrès lents, et que rien de caractéristique ne révèle à l'extérieur, s'annoncer tout à coup par des symptômes graves, et qui souvent amènent bientôt une terminaison funeste. Je pensai que ce pouvait être un de ces cas, et que la femme Leblanc avait succombé probablement à un ramollissement chronique.

Du reste, dans un cas aussi difficile, le diagnostic ne pouvait être affirmatif; il ne pouvait se fonder que sur des probabilités; et, pour le dire en passant, bien que l'on ne rencontre pas souvent des faits aussi compliqués que celui que nous cherchons à analyser, il arrive cependant bien fréquemment que l'on soit obligé, dans les maladies du cerveau, de suspendre ainsi son diagnostic, et d'attendre pour le porter avec certitude les résultats de l'autopsie.

Passons maintenant à l'étude des altérations multiples qui se rencontrèrent sur le cadavre, assez nombreuses pour satisfaire à la fois et pour démentir les diagnostics.

Les principales sont au nombre de trois : l'épanchement séro-sanguinolent des ventricules; l'hémorrhagie du cervelet et le ramollissement des parois ventriculaires.

A. Cet épanchement séreux me paraît être sans aucun doute la cause des accidents que présenta la femme Leblanc la veille de sa mort. Je me fonde, pour admettre ce fait : sur la forme des symptômes consécutifs à la première attaque, et qui, en effet, en avaient fait soupçonner l'existence; sur une disposition particulière de la surface du cerveau; et sur les renseignements qui nous ont été fournis sur l'état antérieur de la malade.

On n'a pas oublié, peut-être, que tandis que la première était partout sèche et collante à la surface du cerveau, on avait trouvé un peu de sérosité limpide réfugiée dans l'intervalle de quelques anfractuosités. Cette circonstance, quoique d'apparence peu importante, me paraît propre à démontrer la formation aiguë de l'épanchement; car si la compression du cerveau se fût produite lentement, assurément on eût trouvé ce peu de sérosité également répandue à la surface de cet organe. La date récente de cet épanchement me paraît encore démontrée par l'état antérieur de la malade. En effet, si les fonctions cérébrales peuvent conserver leur intégrité malgré l'existence d'une altération, même étendue, du cerveau, la première condition de celle-ci est d'être toute locale et de n'agir en aucune façon sur le reste de l'organe. Or, une semblable distension entraîne un état de compression de l'encéphale, indiqué par l'aplatissement, les circonvolutions et la sécheresse des membranes, trop général pour qu'on puisse supposer qu'il existât à l'époque où la femme Leblanc paraissait jouir de toutes ses facultés, et ne présentait du côté de son intelligence et de ses membres aucune altération appréciable. Ajoutez encore qu'il était trop considérable pour que l'on pût se rendre compte de l'absence des symptômes, par la lenteur de son développement.

La teinte rouge de la sérosité épanchée, la couche mince de sang coagulé qui recouvrait et colorait en partie les parois des ventricules, annonçaient bien un épanchement actif et développé sous l'influence

(1) Il est vrai que l'accident qui était arrivé, il y a cinq ans, à cette femme, et des suites duquel elle se ressentait encore, pouvait empêcher d'étudier bien exactement l'état de ses membres. Je crois cependant que les détails qui nous ont été fournis nous autorisent à affirmer qu'elle ne présentait de ce côté aucune altération fonctionnelle qui pût donner l'idée d'une lésion organique du cerveau.

Digitized by Google

d'une congestion sanguine. Il semble qu'une hémorrhagie était là sur le point de se faire, et qu'elle s'est arrêtée tout à coup pour se reproduire ensuite dans le cervelet, mais plus tard, comme nous le verrons tout à l'heure, et à une autre période de la maladie.

Il faut remarquer encore la rougeur, la tuméfaction, le pointillé rouge d'une des circonvolutions de la convexité. Cette altération, qui semble précisément sur la limite de l'hémorrhagie (apoplexie capillaire), et de l'inflammation, me paraît le résultat d'une congestion vive. Si la vie se fût prolongée quelque temps encore, sans doute on eût constaté des adhérences de la pie-mère à la surface de cette circonvolution.

B. L'hémorrhagie du cervelet ne s'est assurément pas faite dès le début des accidents. La rémission qu'avaient si promptement éprouvée les premiers symptômes, la marche progressive qu'ils avaient ensuite suivie, doit faire complétement rejeter cette supposition. La forme du foyer annonce, en effet, qu'il s'est fait en une seule fois, et d'ailleurs l'hémorrhagie du cervelet est toujours très-grave dès son début, ce que M. Rochoux (*Recherches sur l'apoplexie*) a cherché à expliquer, en disant que les hémorrhagies de cet organe occupent toujours une étendue considérable, relativement à son petit volume.

Cette hémorrhagie s'est donc faite, on n'en saurait douter, pendant la nuit qui a suivi les premiers accidents, consécutivement à l'épanchement séreux des ventricules, et les symptômes qu'elle a pu produire ont dû nécessairement se confondre avec ceux de cet épanchement.

Voilà pourquoi, d'une part, la mort est arrivée si promptement, bien que les premiers symptômes fussent réellement sous l'influence d'un simple épanchement de sérosité (1), et pourquoi, d'un autre côté, on a trouvé une hémorrhagie, bien qu'il n'y ait pas eu d'hémiplégie, et que la marche de la maladie au début, n'ait pas paru d'accord avec une telle altération.

Quant au ramollissement que présentaient les parois des ventricules, bien différent des altérations précédentes, il n'a joué ici qu'un rôle tout à fait secondaire; car, évidemment c'est un ramollissement chronique, evidemment il préexistait de longtemps aux accidents que nous avons observés et aux lésions qui les ont occasionnés.

Qui aurait pu produire ce ramollissement, dans les derniers temps de la vie? La distension des ventricules par la sérosité épanchée, ou un travail inflammatoire?

Lorsque du sang vient à s'épancher en grande quantité dans les ventricules cérébraux, il peut très-bien en érailler la membrane et en ramollir les parois; car dans le cerveau les éraillements et les déchirures s'expriment par des ramollissements. Mais le même effet ne se produit jamais, que je sache au moins, par un simple épanchement de sérosité. On dit que l'imbibition de ce liquide infiltre et ramollit les parois des ventricules; cela est possible; mais toujours au moins leur membrane interne demeure intacte; et d'ailleurs si cette altération se fût produite mécaniquement par suite de la distension opérée par l'épanchement, elle se fût montrée à peu près également sur toute la surface interne des ventricules, ce qui n'était pas.

Ce n'est pas davantage un travail inflammatoire qui a déterminé ce ramollissement. D'abord jamais un ramollissement inflammatoire ne s'est produit à ce degré en dix-sept heures. Ensuite il présente toujours à son début de l'injection, ou au moins une coloration rose qui annonce le travail qui se fait dans le système circulatoire du point malade. Or, ici une partie des tissus ramollis étaient tout à fait blancs ; une couche mince de sang recouvrait, il est vrai, sur quelques points leur surface ventriculaire; mais c'était une simple exsudation qui avait son siége, non dans le tissu ramolli lui-même, mais en dehors de lui.

J'aurais pu du reste me dispenser d'entrer dans ces détails, car l'inspection seule de ce ramollissement suffisait pour attester son ancienneté. Si l'on se rappelle en effet le soulèvement de la membrane ventriculaire à l'extrémité antérieure du ventricule droit, la disposition curieuse en faisceaux blancs du tissu sous-jacent, l'aspect aréolaire des couches plus profondes, on ne doutera pas que cette altération ne fût le résultat d'un travail lent et essentiellement chronique.

Voici donc encore un de ces cas où un ramollissement cérébral étendu, bien caractérisé, n'a déterminé pendant la vie aucun symptôme, ou n'a produit que des troubles fonctionnels, tellement légers, que loin d'être en rapport avec l'étendue de l'altération anatomique, ils n'étaient même pas de nature à en faire soupçonner l'existence. Il y a encore une foule de nuances entre ces cas et ceux où

(1) Les cas bien caractérisés de ce que les auteurs ont appelé si improprement apoplexie séreuse sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement. Chez les vieillards, en particulier, les épanchements les plus rapides de sérosité soit dans les ventricules, soit dans l'arachnoïde, donnent lieu à des accidents dont la succession est assez caractéristique de cette altération, et presque jamais aux symptômes foudroyants de l'apoplexie. Pour expliquer les cas de soi disant apoplexie séreuse des auteurs, bien tranchée, Abercrombie, dans un langage dont on regrette le défaut de clarté a cru devoir supposer la co-existence d'une apoplexie séreuse.

Digitized by Google

se développe un appareil de symptômes propre à caractériser les altérations diverses désignées sous le nom de ramollissement cérébral. Remarquez encore cette cicatrice étendue du lobe droit du cervelet : qui se fût attendu à la rencontrer chez un sujet qui ne présentait aucun trouble appréciable du mouvement, du sentiment, ni de l'intelligence ?

C'est sur des faits de ce genre, que l'on a dit n'être qu'exceptionnels, en me reprochant d'y avoir attaché trop d'importance (1), que je m'appuyais, lorsque dans la *Gazette Médicale* du 2 février 1839, je m'efforçais de démontrer l'incertitude des signes du ramollissement cérébral, l'ignorance dans laquelle nous sommes sur les relations qui existent entre l'altération qui le constitue, et les symptômes qui paraissent s'y rapporter; et la nécessité d'étudier cette question sous un point de vue nouveau, pour arriver à une solution difficile éloignée peut-être, mais non pas impossible.

Pour résumer le fait dont nous venons de nous occuper, je crois pouvoir établir ce qui suit.

La femme Leblanc, bien qu'elle ne présentât aucun trouble fonctionnel bien notable du côté du *système nerveux*, *et* qu'elle ne se plaignît que de *céphalalgie et* d'*étourdissements*, était affectée d'un *ramollissement* chronique des parois des ventricules latéraux, dont la date était sans doute fort ancienne, car ce n'est qu'ainsi que l'on peut s'expliquer le silence dans lequel s'est fait son développement. Il y avait en outre sur la paroi inférieure du ventricule droit une petite production, une végétation dont la nature est difficile à déterminer; et enfin une cicatrice hémorrhagique assez considérable dans le lobe *droit du* cervelet.

Sans cause connue, mais peut être sous l'influence de cette altération ancienne, il s'est fait tout à coup dans le cerveau une congestion sanguine qui a donné lieu aux symptômes du coup de sang, et qui a laissé pour traces, après la mort, une légère exsudation sanguine à la surface des parois ventriculaires malades. A ce coup de sang dont l'effet a été subit et passager, a succédé un épanchement de sérosité dans les ventricules, qui a révélé sa présence par les signes qui sont propres à cette lésion. Puis à un instant que l'on n'a pu saisir, une hémorrhagie s'est faite dans un des lobes du cervelet, qui est venue brusquement mettre un terme aux accidents dont on suivait la marche, et qui ne s'est, à *proprement* parler, révélée que par des signes d'*asphyxie*.

On excusera sans doute la longueur de ces réflexions, en songeant à la difficulté et à l'importance du sujet, qui, sans doute, est loin d'être épuisé. Ce serait un travail utile pour toute la pathologie en général, et pour celle du cerveau en particulier, toutes les fois qu'un fait sort de la ligne commune, de le soumettre à une analyse détaillée, qui, curieuse d'explications (mais sous forme de doute plus souvent que d'affirmation), prodigue de rapprochements, saurait se servir, sans en abuser, des ressources que fournit l'analogie, et des moyens que prête le raisonnement. La principale étude de la pathologie, au temps où nous sommes, doit être la recherche des relations qui unissent les symptômes aux altérations anatomiques; n'est-ce pas là même toute la pathologie? Quelque médiates que soient ces relations, quelles que soient les inconnues qui se mêlent à leur histoire, nous n'en devons pas moins tendre à ce but, qui seul nous donnera la clef de la pathologie.

GAZETTE MÉDICALE. — Janvier 1840.

Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838 (1).

(Suite.)

Anatomie pathologique. — Si l'anatomie pathologique a été assez heureuse pour rattacher, dans un assez grand nombre de maladies, les symptômes observés pendant la vie à des lésions pour ainsi dire constantes après la mort, elle est encore bien loin d'avoir obtenu les mêmes résultats dans l'étude des maladies épidémiques. Soit que l'on considère comme une seule maladie un état général éminemment complexe, soit que chaque maladie emprunte au caractère épidémique une modification toujours nouvelle, ce fait n'en est pas moins constant. Ainsi, dans les maladies épidémiques des nouvelles accouchées, on a vainement cherché un organe qui fût toujours affecté et une altération toujours la même, et, dans plus d'un cas, ceux qui ont désigné la fièvre puerpérale sous le nom de métro-péritonite n'ont trouvé, à l'ouverture des cadavres, ni altération de l'utérus, ni inflammation du péritoine. L'impossibilité de localiser cette affection avait déjà été signalée par Stoll, qui s'exprime ainsi dans ses aphorismes sur la fièvre puerpérale: *Hinc patet, male semper uteri, ejus appendicum intestinorum, mesenterii, omenti, peritonei inflammationem statui pro hujus febris caussa; neque ubique aut putridem esse.*

(1) Archives, avril 1837.

(1) V. cahier de janvier, pag. 35.

Digitized by Google

Cependant les beaux travaux de Dance et de M. Tonnelé sur la phlébite utérine et sur les altérations des lymphatiques avaient semblé donner la solution de cette grande question. On avait trouvé dans les lésions de ces vaisseaux une explication facile des symptômes généraux si graves que présentaient les malades, des épanchements de pus dans le péritoine, des abcès multiples rencontrés dans tous les organes, et dès lors la phlébite et la lymphite avaient été regardées comme les caractères anatomo-pathologiques des fièvres puerpérales. Aussi ce ne fut pas sans étonnement que, pendant toute l'année 1838, cherchant, à chaque nouvelle autopsie, des lymphatiques pleins de pus, des veines enflammées, je les ai presque constamment trouvés parfaitement sains. En même temps qu'il y avait du pus dans le péritoine, dans les muscles, dans le tissu cellulaire du bassin, les vaisseaux étaient intacts au milieu de tous ces désordres. Sur vingt-quatre autopsies, deux seulement ont présenté une lymphite peu étendue, et trois une véritable phlébite utérine ; à l'exception de deux cas dans lesquels on n'a pu constater aucune altération anatomique, on a trouvé dans tous les autres du pus infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et dans celui du bassin. J'aurais néanmoins regardé ces faits comme une exception à la règle généralement adoptée, si je n'avais su depuis que, pendant la même année, M. Jacquemier, à la Maternité, et M. Landouzy, à l'hôpital des Cliniques, en 1839, avaient obtenu les mêmes résultats. L'inflammation des veines et des lymphatiques serait donc beaucoup moins fréquente qu'on ne l'a dit ; ou peut-être ce genre de lésion n'appartient-il qu'à certaines épidémies de fièvre puerpérale. Sans prétendre, en aucune façon, juger cette question, je décrirai avec soin les caractères anatomiques que j'ai observés, attendant que de nouveaux faits viennent confirmer ou renverser les résultats que j'ai obtenus.

L'utérus, qui semblerait devoir être le siége presque exclusif des lésions anatomiques, ou du moins leur point de départ, a été trouvé le plus souvent exempt de toute lésion ; peut-être parce que son anatomie pathologique n'est pas encore assez connue, ou bien plutôt parce que la fièvre puerpérale est une maladie générale qui affecte l'organisme entier, laissant partout des traces plus ou moins nombreuses de son passage, et ne les localisant point dans tel ou tel organe en particulier. L'utérus avait toujours conservé un volume plus considérable que celui qu'il devait avoir, d'après le nombre de jours écoulés depuis l'accouchement. A l'extérieur il présentait une tumeur globuleuse, non parfaitement symétrique, déformée par le poids de la masse intestinale. Une injection plus ou moins foncée à sa surface lui donnait une teinte marbrée très-variable ; les vaisseaux placés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal formaient sur les côtés des arborisations assez distinctes qui, vers le fond et sur la face antérieure de l'utérus, plus fines et moins régulières, s'étendaient en plaques assez grandes. A l'intérieur, on trouvait une matière d'un rouge lie de vin, gluante, sanieuse, adhérente à toute la paroi interne, mais surtout à la partie qui donnait insertion au placenta, s'enlevant facilement avec le manche d'un scalpel, ayant tantôt une odeur lochiale particulière, tantôt une odeur de putréfaction insupportable et plus prononcée chez les femmes dont l'utérus avait encore un volume assez considérable. Cela pouvait tenir et à la quantité de cette matière sanieuse, qui était alors plus grande, et à l'introduction de l'air, qui était aussi plus facile. J'ai examiné si cette odeur se liait à un état particulier des tissus de l'utérus, et il m'a semblé qu'ordinairement cet organe présentait une mollesse inaccoutumée ; je n'ai pas eu une seule fois occasion d'observer son état gangréneux. Dans les cas les plus communs, une fois cette matière lochiale enlevée par un courant d'eau, l'utérus offrait un tissu sain, ferme et d'un rose pâle. C'est vers le col qu'existaient les lésions les plus marquées. On y observait quelquefois de larges ecchymoses, des plaques noirâtres que quelques auteurs ont regardées comme un commencement de gangrène, que quelques autres ont refusé même d'admettre comme un état morbide de l'utérus.

Si dans quelques cas le tissu de l'utérus s'est trouvé ramolli, bien plus souvent il était ferme, résistant sous le scalpel, offrant une coupe d'un blanc rosé, d'un aspect fibreux avec quelques orifices de vaisseaux béants. Ces vaisseaux contenaient alors un sang liquide qui venait suinter à la surface des tissus divisés, quand on les pressait entre les doigts ; leurs parois étaient quelquefois d'un rouge assez foncé, mais par l'imbibition seule du sang, car elles n'étaient ni ramollies, ni épaissies, ni rugueuses à leur face interne, et ne présentaient enfin aucune trace de phlegmasie. Chez trois femmes cependant il existait évidemment une phlébite utérine ; il en sera question à l'occasion de ces vaisseaux. Dans presque tous les cas où il se rencontra du pus dans le tissu de l'utérus, ce fut plus près de la face externe que de l'interne, vers les parties latérales et le fond, rarement sur la face moyenne antérieure et postérieure. Il formait de petits foyers de la grosseur d'un pois et qu'on aurait pu prendre pour du pus placé dans l'ouverture d'un vaisseau. Mais, lorsqu'avec un stylet on cherchait à pénétrer dans les tissus, on ne trouvait aucune issue, et, lorsqu'on avait enlevé le pus avec un filet d'eau, on n'avait plus qu'une petite excavation parfaitement limitée dans laquelle la matière avait été comme enkystée. Les parois de ces excavations étaient inégales, blanchâtres, nullement ramollies, et, dans une coupe, les tissus environ-

Digitized by Google

nants ne semblaient pas enflammés. Jamais il ne s'est rencontré une collection de pus un peu notable et les plus considérables avaient, tout au plus, le volume d'un gros pois. Plusieurs fois j'ai trouvé de ces petits foyers dans l'épaisseur même des ligaments ronds. Ce pus était verdâtre, peu épais et sans odeur.

Une altération plus fréquente encore que celle que je viens de décrire, consistait en une infiltration de pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'utérus, et dans le tissu cellulaire si abondant de l'excavation pelvienne.

Dans l'état de gestation, le péritoine n'est que très-lâchement uni à l'utérus, surtout près du col et sur les côtés; cette disposition persiste pendant un temps assez long après l'accouchement, et elle explique, suffisamment je pense, la facilité que trouve le pus à s'infiltrer dans ces régions. Quelquefois il était réuni en assez grande quantité pour donner à toutes ces parties un aspect bosselé avec une coloration verdâtre. Dans plusieurs cas le tissu cellulaire tout entier du bassin en était tellement rempli que, dans quelque endroit que l'on fît une incision, il présentait une coupe d'un jaune verdâtre, due à l'infiltration du pus qui distendait ses mailles. Sur plusieurs points ce pus formait de véritables abcès de la grosseur d'une noisette. Ne serait-ce pas à cette infiltration que seraient dus les abcès des fosses iliaques si fréquents chez les nouvelles accouchées, et ceux surtout qui se manifestent chez des femmes qui ont été atteintes de fièvre puerpérale? Mais là où le pus se rencontrait le plus souvent, c'était dans le tissu cellulaire des ligaments larges et des ovaires. Ceux-ci surtout, quand la maladie avait duré un temps assez long, se trouvaient parfois envahis en entier par la suppuration et transformés en une poche purulente. Dans tous ces cas il n'existait pas, comme le dit M. Nonat, avec cette suppuration dans le tissu cellulaire du pus dans les lymphatiques ou dans les veines, et presque constamment ces vaisseaux, examinés avec le plus grand soin, ne présentaient aucune altération.

Dans quelques cas cependant leur altération était manifeste. Deux fois il s'est trouvé du pus dans les lymphatiques, jusque dans les ganglions lombaires, mais non dans le canal thoracique. Examiné dans les lymphatiques des ligaments larges, ce pus était plus épais que celui qui était infiltré dans le tissu cellulaire environnant; il remplissait tout leur calibre et semblait adhérent à leurs parois. Celles-ci n'étaient nullement épaissies ni ramollies, mais avaient perdu de leur transparence. En remontant du côté des lombes, le pus remplissait moins les vaisseaux, était moins épais et surtout plus facile à détacher des parois. Il en existait également dans les ganglions lombaires, mais en très-petite quantité. En même temps le tissu cellulaire au milieu duquel se trouvaient les lymphatiques était infiltré de ce pus séreux et verdâtre dont il a déjà été question.

L'inflammation des veines n'a guère été plus fréquente que celle des vaisseaux lymphatiques; elle ne s'est présentée que trois fois. Dans l'un de ces cas il existait par place dans plusieurs veines utérines un liquide sanieux qui ressemblait étrangement à la matière lochiale contenue dans l'utérus; mais il était impossible d'admettre que ce liquide avait été absorbé, car il ne se rencontrait point dans les parties des vaisseaux les plus rapprochées de la surface interne de l'utérus. Je ne décrirai point les altérations bien connues qui rendaient des plus évidentes l'inflammation des veines, je dirai seulement que dans aucun cas cette inflammation ne s'étendait plus loin que l'hypogastrique.

Le péritoine, dont les lésions ont semblé si constantes à quelques accoucheurs, qu'ils regardaient la fièvre puerpérale comme une véritable péritonite, a été observé six fois exempt de toute altération. Il ne présentait même pas cette sécheresse des parois, cet aspect visqueux que l'on a dit être les premières traces d'une phlegmasie commençante. Mais dans le plus grand nombre des cas il existait un état morbide manifeste de cette séreuse, se présentant sous deux formes différentes en rapport avec la durée de la maladie.

Dans l'une, alors que l'inflammation était à son début, le péritoine présentait une coloration rose dans presque toute son étendue, bien distincte principalement sur les circonvolutions de l'intestin grêle et la paroi antérieure de l'abdomen. Par places il semblait admirablement injecté, des arborisations vasculaires d'un rouge vermeil, très-fines et entrelacées venant à former comme des ecchymoses au-dessous de lui. Mais il suffisait d'enlever le péritoine avec précaution, de détacher avec des pinces le tissu cellulaire qui double sa face externe, pour enlever aussi toutes les arborisations et en même temps tous les signes de la phlegmasie. Cette séreuse, que l'on avait crue d'abord tout ecchymosée, reprenait à l'instant son épaisseur, sa consistance et sa transparence normales. Lorsque la maladie s'était un peu prolongée, on ne voyait plus d'arborisations vasculaires dans le tissu cellulaire sous-séreux. Le péritoine était pâle, moins transparent qu'à l'état sain, et comme pénétré par les liquides contenus dans sa cavité. Mais il n'y avait encore dans ces cas nulle altération appréciable dans sa consistance, son épaisseur, et on le détachait facilement des parties qu'il recouvre.

Quant aux liquides contenus dans l'abdomen, ils présentaient de grandes différences dans leur quantité et dans leur coloration. Tantôt il existait à peine plein un verre d'une sérosité citrine ou légèrement trouble, tantôt il y en avait jusqu'à trois litres. Une

Digitized by Google

seule fois j'ai trouvé ce liquide rougi assez fortement par du sang. Dans le plus grand nombre des cas l'épanchement était de nature purulente, plus liquide dans les hypochondres et entre les circonvolutions intestinales que dans l'excavation pelvienne, où l'on trouvait assez souvent un pus épais et comme phlegmoneux avec de nombreux débris de fausses membranes. Chez deux femmes qui n'avaient succombé qu'après un temps assez long, le péritoine était presqu'entièrement tapissé de fausses membranes épaisses, formant une sorte d'enveloppe au foie et à la rate. Les intestins agglutinés présentaient une seule masse; ils étaient pâles, se laissant déchirer avec la plus grande facilité, comme s'ils eussent été macérés dans le pus.

Une seule fois j'ai rencontré une lésion assez remarquable qui, du reste, avait déjà été observée par Chaussier, M. Tonnelé, M. le professeur Dubois, je veux dire une perforation spontanée de l'estomac. Elle existait chez une femme âgée de trente-sept ans, enceinte pour la dixième fois, épuisée par de profonds chagrins et une affreuse misère. Accouchée le 1er mai elle fut prise le lendemain de son accouchement par un violent frisson et tous les autres symptômes d'une fièvre puerpérale des plus graves. Elle succomba le 8 mai, et l'autopsie fut faite dix-huit heures après la mort. Le tube digestif, sain dans toute son étendue, ne présentait d'autre lésion qu'une perforation dans le grand cul-de-sac de l'estomac. De la grandeur d'une pièce de 5 francs, inégale, à bords frangés et amincis, il semblait qu'elle avait été produite par usure. Autour de la perforation la muqueuse était grise, blafarde et ramollie dans l'espace de quatre lignes environ. Dans tout le reste de cet organe la muqueuse était pâle et nullement ramollie. Des liquides verdâtres étaient passés dans le péritoine par la perforation, ils occupaient l'hypochondre gauche, où ils étaient circonscrits dans un espace assez étroit. Aux environs de cet épanchement il existait une injection assez prononcée; le reste du péritoine était sain. Trois malades, dont deux succombèrent, ont présenté des abcès dans les muscles. Ces abcès se développèrent toujours loin du tronc, à la face postérieure des membres, à la jambe dans la couche superficielle, à l'avant-bras dans la masse des extenseurs. Dans les deux cas de mort la suppuration n'avait pas eu le temps de bien s'établir; le tissu cellulaire sous-cutané contenait une assez grande quantité de sérosité limpide; les muscles tuméfiés et bridés par les aponévroses d'enveloppe, étaient infiltrés d'un liquide séro-sanguinolent et dans quelques points d'une matière sanieuse qui aurait présenté tous les caractères du pus, si la maladie se fût un peu prolongée. Les fibres musculaires étaient pâles, comme macérées, se déchirant avec la plus grande facilité. Dans toute la région occupée par cette infiltration, au-dessus et au-dessous d'elle, les veines, disséquées avec le plus grand soin, n'offraient aucune trace de phlegmasie. Les autres muscles des membres et ceux du tronc ne présentaient rien de semblable. Chez la seule malade qui n'a pas succombé, l'abcès exista à la partie antérieure de la jambe, non pas circonscrit, mais remplissant la gaine du tibial antérieur. Il ne se montra pas avec les caractères des abcès phlegmoneux; la peau n'avait pas changé de couleur, la douleur était sourde et répandue dans toute la gouttière péronéo-tibiale, il y avait un léger gonflement sans œdème. Une incision faite sur la partie moyenne du membre donna issue à un pus de bonne nature, beaucoup plus abondant qu'on ne l'aurait présumé d'après le volume de la tuméfaction.

Quant aux autres altérations qui ont été observées, elles sont peu nombreuses. Une seule fois il s'est rencontré du pus dans les articulations huméro-cubitale et radio carpienne, six fois dans la plèvre et jamais dans les poumons. Quelque gêne de la respiration que les malades eussent présentée, il n'existait dans ces organes qu'un peu d'engouement à la partie postérieure et inférieure, et pas une seule fois une collection purulente ou une simple pneumonie.

Je n'ai rapporté ici que les altérations anatomiques principales sans entrer dans tous les détails fournis par les autopsies; j'examinerai maintenant chacun des symptômes observés pendant la vie, et après cet exposé nous verrons s'il est possible d'établir entre les lésions cadavériques et les diverses formes de la maladie quelque corrélation raisonnable.

Symptômes.

Frissons. — Le début de la fièvre puerpérale était ordinairement signalé par un frisson. Si ce symptôme a quelquefois manqué, il était cependant si fréquent, que sa présence suffisait presque à elle seule pour permettre de diagnostiquer l'invasion de la maladie. Plusieurs cas se sont présentés d'une nouvelle accouchée, qui s'étant exposée au froid, ou ayant éprouvé une impression morale vive, avait été prise d'une léger frisson suivi d'un mouvement fébrile assez intense, sans que ces accidents aient eu des conséquences graves; ces cas ont été rares, et ils n'ont été observés qu'à une époque où l'état sanitaire des salles était excellent. Mais alors que l'influence épidémique se faisait sentir, on pouvait affirmer, et cela d'une manière presque absolue, que tout frisson bien caractérisé était une fièvre puerpérale. Parce qu'à la suite du frisson la malade ne présentait pas toujours un cortége effrayant de symptômes, parce qu'un traitement énergique enrayait quelquefois la marche de la maladie, il ne faudrait pas en conclure

Digitized by Google

que l'on n'avait pas affaire à une fièvre puerpérale ; ce serait tomber dans l'exagération de ces praticiens qui, considérant cette maladie comme constamment mortelle, ne comptent pour rien ses symptômes, et refusent de reconnaître son existence chez toute nouvelle accouchée qui n'aura pas succombé. Quant à nous d'après des faits assez nombreux, nous croyons pouvoir dire que, toutes les fois que nous avons vu survenir un véritable frisson à une époque rapprochée de l'accouchement, et alors qu'il y avait déjà quelques femmes malades dans nos salles, ce fut un signe non douteux de fièvre puerpérale, et le début d'accidents graves qui, s'ils n'étaient heureusement entravés par une médication active, devenaient rapidement mortels.

Le frisson ne se montrait pas, comme l'ont observé quelques médecins, précédé de malaises, de céphalalgie, d'un sentiment profond de fatigue ou de courbature dans les membres ; c'était au contraire un de ses caractères les plus tranchés, d'apparaître subitement et quelquefois avec une intensité remarquable dès le début. Nous avons vu M. Dubois, au moment de sa visite, examiner une nouvelle accouchée avec le plus grand soin, interroger tous les organes, sans rencontrer le moindre symptôme pathologique, et la visite n'était pas encore terminée, qu'il était obligé de revoir cette même malade qui venait d'être prise d'un violent frisson ; puis survenaient tous les autres symptômes d'une fièvre puerpérale qu'une demi-heure avant rien ne permettait de soupçonner. Plus d'une fois même il s'est manifesté tout à coup au milieu du sommeil des malades qui se réveillaient effrayées en se trouvant saisies d'un tremblement général ; quand le frisson débutait ainsi dans la nuit, il était ordinairement très-fort, se prolongeait longtemps et devait inspirer des craintes sérieuses.

L'époque de son apparition était fixée du deuxième au quatrième jour après l'accouchement plutôt vers le soir et dans la nuit que le matin et dans la journée, le plus souvent très-rapprochée du mouvement fébrile qui annonce la fièvre de lait. A mesure qu'il s'éloignait du moment de la délivrance il était moins grave, et chez deux femmes où il s'était montré quelques heures après l'accouchement, la maladie eut une terminaison rapidement funeste. Sa durée était très-incertaine ; elle variait d'un quart d'heure à une heure, une heure et demie ; il ne semblait pas que les moyens employés pour l'abréger, tels que des couvertures chauffées, des cataplasmes sinapisés aux jambes, des boissons chaudes, fussent d'une grande efficacité. Ordinairement continu, quand il était séparé par des intervalles de calme, c'était à son début ou à sa terminaison. Général dans le plus grand nombre de cas, il était aussi quelquefois partiel ; alors il se faisait sentir le long de la colonne vertébrale ou dans les membres inférieurs, et il était en même temps moins intense, moins continu. Lorsqu'il était court et peu violent, ou qu'il venait à manquer complétement, le pronostic de la maladie devenait assez favorable ; mais dans ces cas, qui étaient assez rares, il fallait encore employer les mêmes soins, et être toujours en garde comme dans les circonstances les plus graves. Deux des malades chez lesquelles ce symptôme n'avait point été observé, n'en ont pas moins succombé.

Il a existé dans quelques cas une autre espèce de frisson qu'on ne pouvait confondre avec le premier ; survenant plusieurs jours après le début de la maladie, et à plusieurs reprises dans une même journée, toujours passager, et qu'un examen attentif ne permettait de rapprocher d'aucun changement notable dans l'état de la malade. Mais nous n'avons jamais eu occasion d'observer ces frissons réguliers, persistants, qui ont fait admettre par Osiander et d'autres accoucheurs des fièvres puerpérales intermittentes.

Pouls. — Quelle que fût la forme que dût revêtir plus tard la maladie, le pouls était toujours concentré et petit pendant la durée du frisson ; aussitôt la réaction commencée, il prenait de nouveaux caractères, tantôt développé, plein et dur, tantôt large et très-dépressible. Quand ces différents types étaient bien prononcés, ils fournissaient des indications assez précises et sur le caractère de la fièvre puerpérale, et sur les moyens thérapeutiques à employer. Dans le premier cas on avait affaire à la forme inflammatoire, dans le second à la forme typhoïde ; ici les antiphlogistiques étaient contre-indiqués, là ils étaient peut-être le seul moyen de salut. Mais l'état du pouls n'était pas toujours facile à justement apprécier ; quelquefois il persistait, après le frisson, petit et concentré, quoique appartenant à la forme inflammatoire, et ne se relevait qu'au bout de quelques heures soit spontanément, soit après une première saignée ; ou bien large et développé dans la période de réaction qui succédait au frisson, il devenait tout à coup sans force, et dépressible sous l'influence d'une émission sanguine d'une ou deux palettes. Ainsi il fallait ne pas trop se fier aux premiers caractères du pouls, et chercher dans l'ensemble des symptômes d'autres éléments de diagnostic. Ordinairement dans les douze premières heures il s'était mieux dessiné et avait affecté un type particulier à chacune des deux formes de la maladie que j'ai décrites ; mais encore il était loin d'être constamment le même à tous les instants du jour. Il survenait souvent vers le soir un mouvement fébrile, et le pouls, qui pendant tout le jour avait été d'une petitesse remarquable, reprenait alors une force à laquelle devait bientôt succéder une faiblesse plus grande qu'elle n'avait jamais été. Il faut encore ajouter que dans l'espace de quelques heures il éprou-

Digitized by Google

vait parfois des changements assez notables sans que l'on sût à quoi les rattacher. On voit, par ce que nous venons de dire, que si, d'une manière générale, le pouls présentait des types différents dans la fièvre purpérale inflammatoire et dans la typhoïde, il était cependant sujet à de grandes variations, et qu'on ne pouvait lui assigner un type toujours le même. Mais un caractère qui ne manquait jamais, quelle que fût la forme de la maladie, était son extrême fréquence. Dès le début des premiers accidents il donnait jusqu'à cent dix, cent vingt pulsations par minute. Dans toutes les périodes de la maladie, à tous les instants du jour, on trouvait constamment une grande fréquence qui se prolongeait encore quelque temps alors même que la convalescence était commencée. L'exploration du pouls était des plus utiles et, dans certains cas, suffisait à elle seule pour apprécier parfaitement l'état des malades. Plus d'une fois j'ai vu M. Dubois, chez des femmes qui avaient éprouvé un léger frisson, du malaise, de la céphalalgie, quelques douleurs abdominales, mais dont le pouls était calme, négliger ces accidents qu'il regardait comme passagers, et toujours les faits venaient justifier cette manière de voir. Mais d'un autre côté si chez une accouchée atteinte de fièvre puerpérale, tandis que les douleurs abdominales cessaient, et qu'il y avait un amendement notable dans tous les symptômes, le pouls conservait une grande fréquence, il fallait être encore sur ses gardes, car la maladie n'était pas vaincue.

Douleurs abdominales. — Les douleurs abdominales ont été un symptôme pour ainsi dire constant, car une seule fois elles n'ont point été observées, quoique la maladie se soit terminée par la mort. Dans ce cas il n'existait aucun signe de l'inflammation du péritoine; et cependant à l'autopsie on trouva qu'il contenait une assez notable quantité de pus. Ce fait est tellement exceptionnel qu'on est tenté de croire que des douleurs ont existé, mais que n'étant point très-vives, elles ont été dissimulées par la malade. Ordinairement elles apparaissaient dans la période de réaction qui succédait au frisson; quelquefois elles se manifestaient en même temps que lui, comme aussi, dans des cas plus rares, elles le précédaient ou le suivaient de quelques heures. Elles commençaient à se faire sentir dans l'aine, plus souvent d'un seul côté que des deux à la fois. Les régions lombaires et hypogastriques ont été aussi plusieurs fois le point de départ des douleurs, mais jamais aucune autre région de l'abdomen, ainsi que cela a été observé dans certaines épidémies. Quand la maladie devait avoir une heureuse terminaison, on voyait, sous l'influence d'un traitement énergique, les douleurs se limiter aux points qu'elles avaient d'abord affectés et s'amender peu à peu; mais quand la maladie était grave, elles s'étendaient, malgré les médications les plus actives, vers les lombes, et avaient bientôt envahi tout l'abdomen. Alors elles étaient véritablement excessives; les malades ne pouvaient supporter le poids d'un cataplasme ni celui des couvertures; elles osaient à peine respirer ou faire le moindre mouvement de peur d'exaspérer leurs souffrances. Et si la maladie s'était montrée à une époque très-rapprochée de l'accouchement, alors que les coliques utérines n'avaient point encore cessé, il est difficile de se figurer les douleurs atroces que causait chaque nouvelle contraction de l'utérus.

Avec quelque intensité qu'elles se soient manifestées, et quelque étendue qu'elles aient occupée, jamais elles ne se sont prolongées jusqu'à la fin de la maladie. Parvenues à leur plus grand développement, elles s'amendaient assez vite en deux ou trois jours au plus, devenaient obtuses, profondes, et cessaient complétement, un temps plus ou moins long avant la mort; quelquefois même, quarante-huit heures après le début des premiers accidents, elles avaient presque entièrement disparu. Il fallait bien se garder de tirer, dans tous les cas, un pronostic favorable de leur diminution ou même de leur cessation complète, car si c'est un symptôme favorable dans les premiers jours de la maladie, et alors que l'état général devient meilleur en même temps, il ne faut pas oublier qu'il coïncide bien souvent avec l'apparition du météorisme, et un commencement de suppuration dans l'abdomen. Ce fait a été plus d'une fois parfaitement constaté.

Altération de la face. — Lorsque la maladie se manifestait avec quelque intensité dès le début, que le frisson s'était prolongé et que les douleurs abdominales étaient vives, la physionomie éprouvait rapidement une altération profonde. On ne saurait croire combien peu de temps suffisait pour cela; dans l'espace de quelques heures, des malades qui vous avaient offert un visage calme, plein de santé, vous les retrouviez avec tous les traits décomposés, les joues pâles, les lèvres entr'ouvertes et tremblantes, les yeux égarés, toute la face grippée, couverte de sueur, et avec un air de singulière et profonde souffrance. Cette altération des traits se montrait plutôt dans la forme typhoïde de la fièvre puerpérale que dans la forme inflammatoire : dans celle-ci la réaction arrivait promptement et ranimait la physionomie, dans l'autre au contraire elle rendait à peine quelque vivacité aux regards. Alors on pouvait presque à coup sûr prévoir une fièvre puerpérale grave, et redouter avec raison, une terminaison funeste.

Un autre symptôme, moins fréquent que le précédent, et aussi d'une moins grande importance parce qu'il ne se montrait que sur la fin de la maladie, était quelquefois fourni par l'examen de la face; c'étaient de petits mouvements convulsifs des lèvres

Digitized by Google

et des paupières, très-répétés, et dont la malade n'avait nullement conscience. Dans quatre cas où ils ont existé, la maladie eut une terminaison funeste, et ils ne se présentèrent que deux jours environ avant la mort. Lors même qu'un plus grand nombre de faits permettrait de préciser la valeur qu'on doit attribuer, pour le pronostic, à ces mouvements convulsifs de la face, on comprend qu'ils n'auraient pas encore une grande importance, parce qu'à l'époque de la maladie où on les observe, il existe déjà plus d'un signe non douteux d'une mort inévitable.

Enduit de la langue, vomissements, diarrhée. — Les symptômes importants fournis par l'examen du tube digestif, ne se montraient que plusieurs jours après le début de la maladie, ou vers sa fin; je ne veux point parler de l'état fuligineux des dents, de la soif plus ou moins vive, de la sécheresse de la langue, tous symptômes qui se rencontrent à certaines périodes des maladies, et qui ne présentèrent ici rien de particulier. Mais je ne dois pas omettre de dire quelques mots d'un enduit blanc ou jaunâtre qui, dans un grand nombre de cas, recouvrait la langue des malades dans toute son étendue. M. A.-C. Baudelocque, qui a observé un si grand nombre de fièvres puerpérales, assure n'avoir que bien rarement vu la langue couverte d'un enduit jaunâtre, annonçant un embarras des premières voies; son opinion à cet égard est tellement arrêtée, qu'il va jusqu'à regarder l'épidémie traitée par Doulcet à l'Hôtel-Dieu de Paris, comme un embarras gastrique simple. Alors il faudrait considérer comme une exception les faits que j'ai constatés pendant l'année 1838; mais il n'en est pas moins constant que chez beaucoup de malades, cet enduit de la langue fut observé quoiqu'il existât une fièvre puerpérale bien manifeste. Dans quelques cas l'indication thérapeutique fournie par ce symptôme fut suivie avec succès, dans d'autres la terminaison a été funeste, quoiqu'on eût employé le même mode de traitement.

Les vomissements furent un symptôme assez fréquent, appartenant plutôt à la forme typhoïde de la fièvre puerpérale, qu'à la forme inflammatoire; dans celle-ci, ils survenaient rarement dès les premiers jours, ils étaient précédés par des nausées, et une fois déclarés étaient souvent encore séparés par des intervalles de calme assez longs; dans celles-là ils apparaissaient toujours beaucoup plus tôt, quelquefois même dès le lendemain de l'invasion; ils se déclaraient aussi plus brusquement, se succédaient avec rapidité, résistaient à toute médication, et assez fréquemment se prolongeaient jusqu'à la terminaison funeste de la maladie. On a indiqué comme cause de ces vomissements le refoulement qu'éprouve l'estomac quand il existe un météorisme considérable, l'inflammation qui dans certains cas envahit très-rapidement l'enveloppe péritonéale de cet organe, du foie, ainsi que la face inférieure du diaphragme. J'ai cherché quelle pouvait être la part d'action de ces différentes causes, et il m'a semblé que celle du météorisme était presque nulle; que si les vomissements avaient été très-abondants quand l'inflammation péritonéale avait existé sur l'estomac, le foie et le diaphragme, ils pouvaient être attribués à la surexcitation directe de ces organes, mais qu'ils pouvaient également dépendre de la gravité même de la maladie, lorsque le péritoine était ainsi enflammé dans toute son étendue; car autrement comment expliquerait-on les vomissements qui surviennent si opiniâtres alors même qu'il n'y a ni météorisme, ni lésion du péritoine? Si on comprend aisément l'action toute mécanique d'un météorisme considérable sur l'estomac, et surtout l'influence d'une phlegmasie étendue sur les contractions spasmodiques de l'estomac et du diaphragme, il faut admettre aussi que les vomissements peuvent exister indépendamment de ces deux causes, et comme dans un assez grand nombre de maladies, n'être qu'un symptôme de la part de sympathie éprouvée par l'estomac dans une affection grave, et un des accidents qui composent l'ensemble des symptômes de la fièvre puerpérale.

Dans quelques cas ces vomissements fatiguaient considérablement les malades par les efforts, souvent inutiles, que nécessitait l'expulsion des liquides, et par les douleurs abdominales qu'ils exaspéraient; mais le plus souvent ce fut un de leurs caractères le plus marqué que la facilité avec laquelle ils avaient lieu.

Il n'était pas besoin d'efforts, et au moindre mouvement pour boire, pour changer de position, les malades voyaient affluer dans leur bouche des liquides qu'ils laissaient tomber plutôt qu'ils ne les vomissaient.

La quantité des matières rejetées était difficilement appréciable, car elles ne pouvaient se servir continuellement d'une bassine, et vomissaient sur des alèzes. C'est qu'alors les vomissements étaient extrêmement fréquents, mais aucun d'eux était peu abondant; les femmes qui, à cette période de la maladie, affectaient ordinairement un décubitus dorsal, à tout instant détournaient la tête et rejetaient une gorgée de liquide arrivée sans la moindre secousse.

La nature des vomissements était presque toujours la même. Les premiers étaient troubles, jaunâtres, se composant de tisane et de potions bues par les malades, mais ils prenaient bientôt un caractère plus tranché qu'ils gardaient jusqu'à la fin.

Ils étaient formés de matières bilieuses assez liquides, vertes, et au milieu desquelles nageaient des flocons de même couleur, semblables à des al-

Digitized by Google

gues. L'apparition de ces vomissements avait toujours une certaine gravité, car ils indiquaient une intensité assez grande de la maladie et son passage à une période plus avancée ; mais lorsqu'ils se prolongeaient malgré tous les moyens employés pour les combattre le pronostic devenait des plus fâcheux.

La constipation et la diarrhée furent des symptômes particuliers à quelques épidémies de fièvre puerpérale observées à l'Hôtel-Dieu de Paris. On voit, dans les rapports de Ténon sur les hôpitaux, que dans certaines années il y avait une constipation opiniâtre, et dans d'autres une diarrhée interminable. Malgré cela, M. A.-C. Baudelocque considère le premier de ces symptômes comme beaucoup plus fréquent dans la péritonite puerpérale sporadique, tandis que l'autre appartiendrait presqu'exclusivement à la péritonite puerpérale épidémique. Il eût peut-être été mieux de rattacher ces symptômes à la forme particulière de la maladie. A l'hôpital des Cliniques, la constipation et la diarrhée régnaient alternativement, et souvent même toutes les deux ensemble, et cet état différent du tube digestif dépendait de la forme de la maladie. Dans la fièvre puerpérale inflammatoire, les malades restaient constipés, et l'administration de deux onces d'huile de ricin procurait à peine deux ou trois selles. Souvent on était obligé de recourir une seconde fois aux purgatifs et il était rare, à moins que la maladie ne fût arrivée à son plus haut degré, qu'une diarrhée un peu inquiétante fût la suite de cette médication. Dans la fièvre puerpérale typhoïde, au contraire, la diarrhée était un des symptômes les plus alarmants. Elle se montrait ordinairement vers le troisième ou le quatrième jour de la maladie, quelquefois plus tard, et dans certains cas graves dès le début de la maladie. La proposition de M. Baudelocque serait donc vraie, mais seulement parce que dans la fièvre puerpérale sporadique c'est la forme inflammatoire qui prédomine, et la forme typhoïde dans la fièvre puerpérale épidémique.

Il en est de même pour la valeur que l'on doit accorder à ces symptômes. Dans le plus grand nombre des cas, comme la diarrhée appartient à la forme la plus grave de la maladie, elle est un accident fâcheux ; mais quand après la constipation elle survient spontanément ou provoquée par des purgatifs, elle est favorable. Dans l'épidémie dont je trace le tableau, qui présentait en même temps les deux formes de la fièvre puerpérale, ce fait s'est montré de la dernière évidence. A la même époque, dans la même salle, tandis que chez une malade la diarrhée était un symptôme de la marche rapide des accidents vers une terminaison funeste, chez une autre elle jugeait la maladie et commençait la guérison. Quant à la nature des matières excrétées, elle fut très-variable. Elles étaient loin de présenter toujours les mêmes caractères dans chacune des deux formes qui ont été décrites. Tantôt jaunes ou brunes, tantôt liquides ou glaireuses, mais presque constamment fétides; leur odeur était quelquefois si infecte qu'on eût dit des matières animales putréfiées. Jamais elles n'ont été sanglantes ; dans deux cas où j'avais cru d'abord reconnaître du sang, un examen plus attentif me montra clairement que ce sang provenait des parties génitales.

Si dans les cas où il y avait de la constipation M. Dubois administrait des purgatifs et provoquait des selles ordinairement salutaires, il combattait aussi la diarrhée pour peu qu'elle se montrât abondante. Loin de regarder avec quelques praticiens ce symptôme comme un effort de la nature pour se débarrasser d'éléments pernicieux, une indication que l'on devait se hâter de suivre, il le considérait avec juste raison comme un symptôme funeste, un accident qui, s'il n'était arrêté, épuisait rapidement les malades, les jetait dans un état de faiblesse extrême en quelques jours et rendait presque inévitable une terminaison funeste.

Le météorisme, que rend si facile l'état de laxité des parois abdominales chez les nouvelles accouchées exista constamment, mais à des degrés très-variables. Ordinairement il commençait vers le troisième ou quatrième jour de la maladie, et prenait un développement très-rapide s'il venait à se manifester de la diarrhée. Alors l'espace de vingt-quatre heures suffisait quelquefois pour que le ventre eût pris un volume presqu'égal à celui qu'il avait avant l'accouchement. Mais ce développement si prompt, surtout quand il avait lieu à une époque rapprochée du début des accidents, ne se montrait que dans la fièvre puerpérale typhoïde. Dans la forme inflammatoire le météorisme ne se développait qu'avec lenteur et était rarement considérable.

Avec l'apparition de ce symptôme coïncidait dans la plupart des cas un amendement des douleurs abdominales ou même leur cessation complète. Mais il fallait bien se garder de tirer un augure favorable de cette indolence de l'abdomen, car en même temps il existait ordinairement un épanchement plus ou moins considérable dans la cavité du péritoine. Quelle que fût la cause du météorisme, soit le peu de résistance des parois intestinales continuellement baignées par des liquides, et que l'anatomie pathologique nous a montrées ramollies comme macérées, soit leur paralysie, par suite de la phlegmasie intense qui avait envahi leur feuillet péritonéal et le tissu cellulaire sous-séreux, ainsi que le pense M. Gendrin, la coïncidence fréquente de ce symptôme avec un épanchement dans le péritoine et avec le début des vomissements lui donnait nécessairement dans tous les cas une certaine gravité.

Quoique toutes les autopsies aient montré qu'il

n'existait aucune lésion importante dans les poumons, dont le bord postérieur seul présentait presque toujours de l'engouement, et quoique dans les cas de pleurésie, le liquide épanché dans la cavité pleurale fût peu abondant, chez le plus grand nombre des malades la respiration a été modifiée de la manière la plus notable. Ordinairement vers le deuxième ou troisième jour, et souvent dès le premier, dans la fièvre puerpérale typhoïde, la respiration devenait courte, rapide et s'élevait jusqu'à vingt-cinq, trente, et même quarante inspirations par minute. Alors on aurait pu croire que les femmes devaient éprouver une grande gène, mais cette rapidité de la respiration, cette sorte de suffocation présentait au contraire cela de particulier qu'à quelques exceptions près et dans des cas où l'oppression était trop considérable, les malades en avaient peu conscience. Ces troubles pourraient trouver leur cause, durant les premiers jours de la maladie, dans la crainte que les femmes ont instinctivement d'augmenter les douleurs abdominales par des inspirations profondes; plus tard, quand les douleurs ont disparu ou sont tellement obtuses qu'elles ne se réveillent que par une pression assez forte de la main sur l'abdomen, ce serait le météorisme, dont l'action toute mécanique refoule vers la partie supérieure du thorax les organes contenus dans cette cavité. Cependant, comme cette anxiété dans la respiration s'est présentée plus d'une fois alors que les douleurs abdominales existaient à peine et qu'il n'y avait pas de météorisme, il faut bien admettre qu'elle peut aussi n'être qu'un effet sympathique. On ne saurait expliquer différemment un autre symptôme qui n'a été observé que chez deux malades, je veux parler d'une aphonie presque complète. Dans ces deux cas, l'autopsie faite avec le plus grand soin ne présenta aucune lésion qui pût rendre compte de cette abolition de la voix.

Lochies. — Sécrétion laiteuse. La suppression du flux lochial et de la sécrétion laiteuse que la plupart des auteurs ont placées parmi les causes de la fièvre puerpérale, ne peut plus être regardée aujourd'hui que comme le résultat d'un trouble général et un symptôme auquel il ne faut pas même attacher une trop grande importance. A une certaine époque on la regardait comme un accident très-grave, soit qu'on se fondait sur l'observation des faits, soit que l'on crût *a priori* qu'une quantité aussi considérable de liquides destinés à être expulsés ne pouvait impunément rester dans l'économie; mais ces craintes étaient au moins exagérées. Plus d'une fois j'ai vu les lochies et le gonflement des seins commencer, se trouver interrompus dans leur marche, puis revenir encore sans que les diverses modifications de ces deux phénomènes physiologiques eussent une influence remarquable sur le développement de la maladie. Ce que je dis ici est surtout applicable au flux lochial. Dans plusieurs cas où la cessation des lochies avait été le premier symptôme de l'invasion de la fièvre et où elles avaient été rétablies au moyen de sangsues et d'un cataplasme chaud appliqué sur la vulve, leur réapparition ne fut suivie d'aucun changement favorable.

Les lochies se supprimaient ordinairement avec le frisson, et tantôt cette suppression persistait, tantôt elle cessait d'elle-même dans la période de chaud, ou les jours suivants. Il n'y avait dans leur retour rien de fixe et qui put servir le pronostic; cependant quand après avoir disparu toute la durée de la maladie, elles venaient à reparaître, on pouvait les regarder comme la confirmation d'une convalescence qui était annoncée déjà par un amendement notable dans tous les symptômes. L'interruption du flux lochial qui avait été signalée comme un accident presque constant, manqua le plus souvent dans l'épidémie qui régna à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1782; c'est aussi ce qui a été observé en 1838 à l'hôpital des Cliniques. Mais du reste, cette dernière épidémie a présenté presque toutes les modifications que peut éprouver cette fonction. Ainsi tantôt une fois arrêtées les lochies ne reparaissaient plus, tantôt elles revenaient, comme je l'ai dit, à l'époque de la convalescence, ou bien après quelques jours, quelques heures même d'interruption; dans la plupart des cas, sans cesser complétement, elles diminuaient seulement de quantité, et dans quelques cas plus rares, elles devenaient au contraire plus abondantes.

Une modification des lochies, plus importante que les divers accidents que je viens de noter, était leur mauvaise odeur. Que leur altération fût le produit d'un état morbide tout à fait local, ou bien qu'elle fût le résultat d'une infection purulente générale; dans ce dernier cas encore, l'effet pouvait devenir une cause puissante, et il fallait par des injections fréquentes portées jusque dans l'utérus, entraîner les matières putréfiées et empêcher leur absorption. Cette odeur infecte des lochies n'appartenait guère qu'à la forme typhoïde de la fièvre puerpérale, et en cela c'était toujours un symptôme fâcheux. Mais je n'ai pas besoin de dire que lorsqu'il se présentait seul sans l'ensemble des autres symptômes qui ont été décrits, tout en exigeant quelques précautions, il ne suffisait pas pour inspirer des craintes sérieuses.

La sécrétion laiteuse devait toujours être surveillée avec le plus grand soin, car souvent c'était à l'époque de son développement qu'apparaissaient les premiers symptômes de la maladie. Dans quelques cas où, quarante-huit heures environ après l'accouchement, une femme présentait de la céphalalgie, de légers frissons, un mouvement fébrile assez intense en même temps qu'un peu de douleur

dans la région hypogastrique, il était impossible de dire si on aurait affaire à la fièvre de lait ou à la fièvre puerpérale. Ce n'étaient point là les symptômes les plus ordinaires de la sécrétion laiteuse, mais on pouvait supposer avec raison qu'ils étaient modifiés par l'influence épidémique. Et en effet il arrivait souvent que les seins se gonflassent sans qu'il se présentât d'autres accidents; mais quelquefois, au milieu de ces premiers symptômes, survenait un frisson violent, et bientôt la fièvre puerpérale n'était plus douteuse. On eût dit qu'il y avait eu pendant quelques instants lutte entre la maladie et le phénomène physiologique de la sécrétion laiteuse.

Alors même que cette sécrétion s'était établie, il ne fallait pas regarder les malades comme hors de tout danger; on devait cependant considérer l'accomplissement normal de cette fonction comme un des symptômes les plus favorables. Je pourrais répéter ici ce que j'ai dit des lochies, c'est que le gonflement des seins, survenant vers la fin de la maladie en même temps qu'une amélioration de l'état général, était un signe presque certain d'une prochaine convalescence.

Céphalalgie, trouble de l'intelligence. — Les symptômes fournis par l'examen des fonctions encéphaliques se bornaient à de la céphalalgie, et quelquefois à un léger trouble de l'intelligence. Le premier de ces accidents appartenait plutôt au début de la maladie, l'autre à sa terminaison. Dans la fièvre puerpérale inflammatoire, la céphalalgie succédait presque immédiatement au frisson; le plus souvent frontale elle était très-intense, mais elle cédait assez facilement à l'emploi des émissions sanguines et des purgatifs. Dans la forme typhoïde, elle survenait moins rapidement était moins forte, mais générale et plus tenace. Elle se prolongeait quelquefois, malgré tous les moyens employés, pendant une grande partie de la maladie. C'était alors, et presque toujours, dans cette dernière forme que commençaient à se manifester quelques troubles du côté de l'intelligence, un délire tranquille, souvent continué pendant la nuit; il était rare que cette altération de l'intelligence fut poussée assez loin pour que les malades ne reconnussent pas les personnes qui les soignaient. Ordinairement, si on leur adressait la parole, au milieu de leur rêvasseries, elles répondaient avec justesse. Une fois l'attention éveillée et fixée, on eût dit que la volonté redevenait maîtresse du mécanisme intellectuel que, l'instant d'avant, elle laissait aller au hasard : ces cas était assez rares. C'était au contraire un des caractères les plus marqués de la fièvre puerpérale, que cette intégrité de l'esprit que les femmes gardaient dans toutes les périodes de leur mal et jusqu'à leur dernier moment. Au milieu de la perversion et de la destruction générale des fonctions*, l'intelligence seule subsistait intacte pour ne cesser qu'avec la vie.

VOILLEMIER.

(*La suite au prochain numéro.*)

JOURNAL DES CONN. MÉD.-CHIR. — Janvier 1840.

De la propriété contagieuse de certains suintements blennorrhéiques anciens, réputés innocents; par P. Baumès, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon (1).

A quelle époque de leur durée, la blennorrhagie ou la blennorrhée qui lui succède, cessent-elles de posséder la propriété contagieuse? Il est impossible de faire à cette question une réponse positive et satisfaisante. La blennorrhagie peut être terminée, en très-grande partie, être réduite à un simple suintement, même à ce qu'on appelle *goutte militaire*, et la matière sécrétée, dans ce cas, par un point ou une étendue quelconque du canal de l'urèthre, peut conserver très-longtemps la propriété contagieuse, de manière à déterminer par le coït, selon les dispositions particulières, ou une blennorrhagie à l'état aigu, ou, de prime abord, une blennorrhagie à l'état chronique, une blennorrhée, lesquelles, à leur tour, déterminent des maladies semblables, par le coït, chez d'autres individus. Ces dernières maladies communiquées peuvent, chez les personnes qui les ont contractées, rester longtemps locales, être guéries par les ressources de l'art, s'éteindre spontanément sur place, ou donner lieu, dans quelques cas, à des symptômes constitutionnels.

J'ai vu ainsi des individus qui, avec un léger suintement, plus ou moins purulent, plus ou moins épais, suite d'une blennorrhagie qui avait eu lieu plus d'un

(1) J'extrais cet article du Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes, dont l'habile praticien de Lyon vient de publier le premier volume. Cet ouvrage, remarquable par la richesse des faits et par le talent avec lequel y sont discutés plusieurs des points les plus importants et les plus débattus de l'histoire des maladies vénériennes, nous fournira l'occasion d'exposer l'historique des opinions relatives à la distinction ou à l'identité des affections syphilitiques chancreuses et des affections blennorrhagiques. Les travaux récents, publiés sur ce point de pathologie, parmi lesquels ceux de M. Baumès occuperont un rang distingué, ne peuvent manquer de donner quelque intérêt à l'exposé des recherches qui ont été faites sur le même sujet et dans d'autres siècles que le nôtre, et dans d'autres pays que la France. Je vais m'occuper d'en rassembler les matériaux.

Digitized by Google

an auparavant, et depuis laquelle le coït n'avait pas été de nouveau exercé, j'ai vu, dis-je, ces individus communiquer une blennorrhagie à une personne étrangère ou à leur propre femme qu'ils ne touchaient qu'après ce long laps de temps. Leur suintement n'en était pas augmenté, et la femme se trouvait affectée de blennorrhagie.

Hunter et beaucoup d'autres médecins on fait la même observation. Hunter cite, dans son *Traité des maladies vénériennes* (p. 42, édit. Richelot), un cas où, avec un très-léger suintement de matière visqueuse, qui n'avait lieu que le matin, et qui existait dans cet état depuis trois mois, tous les autres symptômes de la blennorrhagie contractée cinq mois auparavant étant complétement guéris, un individu communiqua une blennorrhagie à une jeune femme qu'il épousa.

Lagneau cite un cas où un suintement se montra contagieux six mois après la blennorrhagie qui lui avait donné naissance, et un autre cas où le suintement existait depuis trois ans lorsque sa propriété contagieuse se manifesta. Je pourrais rapporter plusieurs cas bien constatés du même genre; je choisirai les deux faits remarquables suivants :

Obs. I. — M. N..., voyageur pour une maison de commerce de Lyon, contracte une blennorrhagie pour la première fois. A cause de la vie active et de quelques écarts de régime qu'il ne peut éviter, son écoulement dure trois mois, assez intense. A cette époque, l'écoulement diminue beaucoup et se trouve bientôt réduit à un suintement léger, une goutte peu épaisse, blanc jaunâtre. La crainte de compromettre la dame avec laquelle il avait des rapports, *qui était la femme du chef même de la maison pour laquelle il voyageait*, fit qu'il s'abstint de la toucher *encore*. Cependant, cinq mois après l'époque où l'écoulement s'était réduit à une goutte, et par conséquent huit mois après le commencement de la blennorrhagie, sur la parole de son médecin, affirmant qu'il n'y avait rien à craindre pour la contagion, il eut de nouveau des rapports avec Madame.....; mais quelle fut sa douleur lorsque, neuf jours après, Madame..... se plaignit de cuissons, d'ardeur en urinant, de chaleur, de feux dans les parties génitales, de coliques, et lorsqu'il s'établit bientôt un écoulement épais, jaunâtre, toutes choses dont Madame.... ne s'était jamais plainte auparavant. Il vint alors me consulter et m'exposa l'état des choses. J'examinai son canal de l'urèthre et je constatai le suintement *très-léger*, blanc jaunâtre, *la goutte* dont je viens de parler. J'examinai également les parties génitales de Madame....., et je constatai une uréthro-vaginite avec tous les symptômes d'une blennorrhagie parfaitement caractérisée. Heureusement son mari était absent pour plus d'un mois; je profitai de ce temps pour guérir Madame..... par un traitement antiphlogistique local et général très-actif; plus tard par des injections astringentes et l'introduction dans le vagin de mèches trempées dans des liquides résolutifs et astringents.

Quant à M. N..., je ne pus entreprendre son traitement; car il partit le surlendemain pour un voyage dans le Nord. Je lui donnai seulement quelques conseils, qu'il ne put suivre pendant ses courses en diligence et à pied, comme il me le dit plus tard. Cependant le mari de madame....., à son retour, ne contracta aucune maladie avec sa femme, qui était alors complétement guérie. Je les perdis de vue tous les trois. Dix mois après, je vois entrer dans mon cabinet M. N..., qui me raconte ce qui suit : « Après vous avoir quitté, j'ai voyagé ou séjourné pendant plus de cinq mois dans différentes villes du nord de la France. Je n'ai pu faire ce que vous m'aviez indiqué, encore moins suivre le régime convenable. Etant à Metz, j'ai pris, d'après le conseil d'un médecin, quatre bouteilles de sirop de salsepareille concentré. Mon suintement avait conservé à peu près le même caractère que précédemment; mais je ne l'apercevais guère que le matin, et certains jours je ne l'apercevais pas du tout. Cela dépendait surtout des écarts de régime, quoique peu considérables, auxquels j'étais en quelque sorte forcé de me livrer quelquefois. Je me crus alors guéri, à cause du sirop de salsepareille que j'avais pris. M'étant ensuite rendu à Paris, j'y trouvai mon chef de maison avec sa dame, arrivés depuis peu de temps; trois médecins que je consultai à Paris m'affirmèrent que ma goutte ne pouvait avoir rien de contagieux. Je n'hésitai pas alors à recommencer mes rapports avec madame.....; mais je fus désespéré lorsque, six à huit jours après, madame.... commença à se plaindre des mêmes symptômes que la dernière fois que je l'avais vue. Ce qu'il y avait de plus malheureux, c'est qu'elle se trouvait grosse de six mois, et qu'étant avec son mari, celui-ci continuait d'avoir des rapports avec elle. Ils repartirent sur ces entrefaites pour Lyon, où je les suivis de près. Madame..... m'apprit que son mari avait commencé, pendant le voyage, à se plaindre d'une cuisson en urinant, ce qu'il avait attribué à l'échauffement du voyage; mais qu'un écoulement n'ayant pas tardé à se manifester à son arrivée à Lyon, il n'avait su à quoi l'attribuer; sans cependant exprimer aucun soupçon. Madame.... lui ayant dit que le séjour de Paris avait déterminé chez elles des flueurs blanches, avec inflammation dans les parties génitales, il continue à croire maintenant qu'il est affecté d'un simple échauffement; il n'a point voulu voir de médecin, il boit simplement des tisanes adoucissantes. »

Je vis madame..... le lendemain; je la traita comme la première fois; elle était à sept mois de grossesse; elle n'eut point de rapport avec son mari

jusqu'après sa couche, qui eut lieu très-heureusement : elle mit au monde un enfant très-bien portant et qui continue de jouir d'une très-bonne santé. Quant à son mari, comme il se trouve doué d'une fort bonne constitution et qu'il n'a jamais eu de maladie vénérienne, il s'est guéri par les simples boissons émollientes à l'usage desquelles il s'est soumis, par quelques-bains et le régime. J'entrepris alors le traitement de M. N...; l'introduction de la sonde ne signala d'abord rien de remarquable dans le canal; mais, vers la portion prostatique, une violente douleur se fit sentir; il y avait là un point phlegmasique. C'était là en effet que M. N... rapportait toujours ce qu'il avait éprouvé d'anormal dans le canal de l'urèthre, un picotement douloureux, une sensation pénible de fourmillement, de la chaleur en urinant, pendant l'éjaculation de la semence, etc.; et c'est en effet là très-souvent que se retire l'inflammation quand elle passe à l'état chronique. La matière du suintement, inoculée à la cuisse, ne produisit aucun résultat. Une saignée du bras, des bains, un régime sévère, des lavements avec du baume de copahu, deux cautérisations de la portion prostatique du canal faites à vingt jours de distance l'une de l'autre, amenèrent dans deux mois et demi la guérison. Il ne resta au malade que, de temps à autre, un très-léger suintement, simplement muqueux, limpide, incolore, transparent, avec lequel il n'a plus rien communiqué à aucune des femmes avec qui il a eu des rapports.

Obs. II. — M. P., perruquier à Lyon, se marie à 25 ans, sans jamais avoir eu antérieurement de maladie vénérienne; il vit sept ans avec sa femme, en obtient un enfant, qui se porte bien actuellement et s'est toujours très-bien porté. Deux mois après la mort de cette première femme, il contracte une blennorrhagie avec une fille publique. Il s'adresse à un pharmacien, qui lui fit prendre des tisanes adoucissantes et arrête l'écoulement, un mois après, avec du baume de copahu. L'écoulement se trouve réduit à un suintement léger. M. P., ayant envie de se remarier, vint me consulter pour savoir s'il peut le faire sans danger.

J'examine attentivement ses parties génitales; je constate un suintement léger, assez épais, blanc-jaunâtre. Il n'y avait point de douleur dans le canal. L'introduction de la sonde ne fait éprouver qu'une légère cuisson vers la fosse naviculaire et vers la portion prostatique du canal. En parcourant et pressant le canal, tout le long de la sonde, il n'y a aucune inégalité, aucune dureté, aucun engorgement plus fort dans un point que dans un autre. Je recueille une goutte de matière sortant du canal de l'urèthre, et je l'inocule avec la lancette, en dedans de la cuisse, par deux piqûres. J'ordonne au malade une petite saignée du bras, dix jours après dix sangsues au périnée, immédiatement au-devant de l'anus, des boissons adoucissantes, et je lui recommande de venir me trouver dans huit jours, ou plus tôt s'il aperçoit les piqûres d'inoculation offrir quelque chose de remarquable. Mais je ne revois pas M. P.

Un an environ après, il entre dans mon cabinet avec une jeune femme; il m'apprend que, s'étant trouvé mieux après les sangsues, le régime et les adoucissants, les piqûres d'inoculation n'ayant rien produit, et le suintement étant réduit à une goutte blanchâtre épaisse, il s'était cru guéri, et, sans avoir exercé aucune autre fois le coït, il s'était remarié, trois mois après, avec la jeune femme qu'il m'amenait, très-bien portante auparavant. Environ vingt jours après le mariage, sa femme avait éprouvé, pour la première fois dans sa vie, des douleurs en urinant, une forte chaleur, des picotements dans les parties génitales, et il s'était présenté un écoulement épais, tachant le linge en jaune, avec quelques petites glandes douloureuses dans les plis de l'aine. Quant à lui, son suintement n'avait pas changé, ils s'étaient mis tous les deux à l'usage de quelques boissons adoucissantes et avaient pris des bains. Le mal avait un peu diminué; mais, trois mois après, madame avait commencé à présenter, sur la partie antérieure de la poitrine, autour du cou, entre les deux épaules, sur le front, une éruption qui n'avait fait qu'augmenter jusqu'à présent, et lui-même, un peu avant la même époque, s'était aperçu d'une éruption semblable en dedans de la cuisse, près du scrotum. Je constatai, en effet, chez madame, une syphilide squameuse, en petites plaques arrondies, sur les parties désignées de la surface du corps, et chez M. une large plaque semblable, près du scrotum. Madame m'offrit de plus une rougeur inflammatoire du méat urinaire et de l'entrée du vagin, un écoulement vaginal épais, jaunâtre; M. n'avait qu'un suintement de la même consistance et de la même couleur. Je traitai M. avec du sirop de Cuisinier de première cuite et des lotions sur l'éruption, avec une solution assez forte de cyanure de mercure, je cautérisai de plus son canal de l'urèthre une fois, vers la portion prostatique. Je traitai madame par le sirop de Cuisinier de même cuite, des bains de sublimé et des injections adoucissantes, et puis astringentes, dans le vagin. Il furent guéris l'un et l'autre dans trois mois.

Je pourrais multiplier les exemples recueillis très-attentivement et scrupuleusement, tant dans ma pratique en ville qu'à l'hospice de l'Antiquaille. Dans tous les cas semblables, comme nous venons de le dire, le simple suintement de l'homme a déterminé chez la femme, tantôt une véritable blennorrhagie aiguë, avec sa marche et ses périodes ordinaires, tantôt une blennorrhagie qui ne s'est manifestée que plus tard, à la longue, sous l'influence de la réitération du coït. Tout cela dépend soit du degré

Digitized by Google

de virulence qu'a conservé la matière de l'écoulement, soit des dispositions de la femme. J'ai remarqué aussi que, lorsqu'à la suite de ces blennorrhagies ou de ces blennorrhées, des symptômes consécutifs constitutionnels ont eu lieu, ils ont été généralement les mêmes chez l'homme et chez la femme, et ils ont même assez souvent affecté chez l'un et l'autre la même partie du corps ou le même organe.

M. G., de Saint-Etienne, contracte avec une fille publique, une blennorrhagie, pour laquelle je le traite à Lyon. Trente-cinq jours après, il n'avait qu'un léger suintement épais, blanchâtre, qui paraissait le matin surtout, et lorsque M. G... se fatiguait un peu à la marche. Je voulais le débarrasser de ce dernier suintement, mais M. G..., dont la constitution était très-nerveuse, délicate, et les voies gastriques un peu altérées, voulut passer quelques mois de la belle saison à la campagne, où il se livra à l'exercice de la chasse, à la culture de son jardin, sans exercer un nouveau coït. Trois mois après le suintement existait encore; M. G... retourna à Saint-Etienne où il reprit ses rapports avec une jeune veuve dont il avait fait sa maîtresse. Environ vingt jours après, celle-ci se plaignit de quelques picotements dans les parties génitales, d'une légère perte blanche, de coliques, surtout au moment des règles, d'une altération dans la couleur, la consistance, l'aspect du sang de ces règles, toutes choses qu'elle apercevait pour la première fois. Comme tout cela n'avait cependant pas de grande intensité et était peu alarmant, ils continuèrent leur rapports. Cinq mois après, M. G... s'aperçut d'une éruption de taches aux deux jambes, et, peu de temps après, Madame... offrit le même phénomène, précisément dans les mêmes parties. M. G... vint alors avec sa maîtresse me consulter, et me raconta tout ce qui s'était passé. Je constatai une syphilide maculeuse, semblable chez l'un et l'autre, en dedans et en dehors des jambes. M.G... avait toujours conservé son léger suintement, *sa goutte*. J'en inoculai la matière par deux piqûres en dedans de la cuisse.

Madame... avait une légère rougeur et un écoulement épais, blanchâtre, de même aspect que le suintement de M. G..., dans le vagin et au commencement du canal de l'urèthre.

Tous les deux furent traités par des bains de sublimé, des frictions sur les taches avec de la pommade au cyanure de mercure, du sirop de Cuisinier de première cuite. M. G... fit de plus des injections dans le canal de l'urèthre avec une solution de nitrate d'argent. Les deux piqûres d'inoculation n'avaient rien produit. Deux mois après, M. et Madame étaient bien guéris.

Chez un ouvrier de la Croix-Rouge qui, ayant longtemps gardé une *goutte* avant de se marier, avait communiqué à sa femme une blennorrhagie; il survint, ainsi que chez sa femme, un an après le mariage, une inflammation chronique, avec formation de croûtes dans les narines, et une syphilide pustuleuse sur le front. Des suintements de cette espèce peuvent donc conserver leur propriété contagieuse, quoique très-anciens, et cela n'a d'ailleurs rien d'étonnant. Nous voyons la surface d'un ulcère, suite d'un chancre ou d'un bubon, sécréter, pendant un ou deux ans même, une matière contagieuse, capable de produire un chancre par l'inoculation; pourquoi une surface muqueuse affectée de blennorrhgie ne continuerait-elle pas, pendant un très-long laps de temps à sécréter une matière contagieuse? or, l'étendue de la surface sécrétante, la quantité de matière sécrétée, n'influent en aucune manière sur la propriété contagieuse de cette matière. Qu'il y ait écoulement considérable ou une simple *goutte*, la contagion peut également avoir lieu. Un individu peut donc ainsi garder très-longtemps un suintement de matière contagieuse, sans que, dans la plupart des cas, il y ait pour lui aucun inconvénient autre que les suites ordinaires des phlegmasies chroniques des fluxions longtemps établies sur la muqueuse de l'urèthre, savoir : la propagation au reste des voies génitales de cette phlegmasie ou de cette fluxion, avec les fâcheux résultats que cette propagation peut avoir. Sous le rapport de l'infection pour lui, de l'apparition de symptômes constitutionnels, il peut souvent n'avoir rien à craindre; mais, pendant qu'il est ainsi tranquille pour le reste de son économie, il peut communiquer cette maladie à sa femme, et transmettre à ses enfants des dispositions morbides qui s'y rattachent, comme nous allons le voir. C'est sous ce rapport qu'une blennorrhée légère, un suintement en apparence insignifiant, une *goutte*, symptômes auxquels on fait à peine attention, offrent au contraire une grande importance.

Un individu étant donné, avec un suintement du canal de l'urèthre, suite de blennorrhagie, déterminer si ce suintement est ou n'est pas contagieux, si cet individu communiquera ou ne communiquera pas, par le coït, une blennorrhagie aiguë ou chronique à une femme : voilà certainement une question d'une très-haute importance, mais d'une difficile solution. Ici, les inoculations à la lancette ou de toute autre manière qui lèse, entame la peau ne prouvent rien et ne peuvent rien prouver. L'inoculation, en déposant simplement la matière blennorrhagique sur une autre muqueuse du même individu, peut avoir des suites trop fâcheuses, comme nous l'avons dit, pour pouvoir être tentée, sans témérité; et d'ailleurs il serait fort possible que, sur une autre muqueuse du même individu, ce genre d'inoculation ne produisît point de résultat, tandis que la matière pourrait être contagieuse pour les muqueuses d'un autre individu. L'aspect, la consistance, la couleur,

Digitized by Google

n'indiquent rien de positif. Cependant on peut généralement avancer qu'un suintement limpide, incolore, transparent, plus ou moins filant ou gluant même, ne possède pas de propriété contagieuse. Ce qui me l'a prouvé, c'est que, lorsque, par des injections, la cautérisation, ou de toute autre manière, un suintement épais, blanchâtre, jaunâtre, brunâtre, etc., qui avait été contagieux, sans cesser complètement, ou même sans cesser du tout, a changé, de manière à présenter les circonstances physiques que je viens de signaler, il ne s'est plus montré contagieux, et le même homme, qui, porteur du premier suintement, a communiqué une blennorrhagie à une femme, a pu impunément cohabiter avec cette femme, quand il n'a eu que le second suintement. Il résulte de là, que, dans l'incertitude où l'on reste le plus souvent, sur les propriétés de la matière d'un suintement donné, de même que, par des cautérisations successives, l'on modifie la surface d'un chancre, et l'on parvient, en l'amenant vers la cicatrisation, à l'empêcher de sécréter du pus contagieux, de même, en modifiant d'une manière analogue la surface muqueuse qui sécrète le suintement contagieux, on amènera cette surface à ne plus sécréter qu'un mucus ordinaire, dépourvu de toute propriété de contagion.

Les suintements contagieux de quelque point du canal qu'ils naissent, font, on peut le dire, un mal incalculable, tout en laissant les individus qui les portent dans la plus grande sécurité. Ces individus se marient; au bout de quelques jours, de quelques semaines au plus, leurs femmes se plaignent d'un écoulement plus ou moins abondant, avec ou sans cuisson, douleur, chaleur, dans les parties génitales et quelquefois aussi au méat urinaire ou dans le canal de l'urèthre, de coliques, de douleurs dans le bas ventre, dans les plis des aines; l'inflammation gagne les parties les plus profondes; lorsque le mari n'offre qu'une *goutte* contagieuse, c'est souvent au museau de tanche, plus directement touché par l'extrémité de la verge chargée de cette goutte, que commence l'irritation. L'acte réitéré du coït augmente ces accidents. Le museau de tanche se congestionne; il y a des rougeurs plus ou moins intenses, avec ou sans écoulement muco-purulent, avec ou sans vive douleur, avec ou sans légères excoriations. Tous ces phénomènes peuvent plus ou moins rapidement, selon les circonstances, acquérir de l'intensité. De proche en proche la muqueuse de l'intérieur du col, du corps même de la matrice, se prend; les femmes sont disposées à se blesser; elles sont inquiétées par des élancements, des cuissons, des *feux*, des démangeaisons, des douleurs dans les parties génitales, dans le bas-ventre, à la région des reins, au sacrum, dans les plis des aines, à la partie interne des cuisses, quelquefois au col de la vessie, avec dysurie. Lorsque, par un concours de circonstances qu'il est impossible de bien apprécier, il n'y a pas, par l'absorption du principe contagieux blennorrhagique, impression de ce principe sur l'économie et apparition de symptômes constitutionnels, les autres muqueuses se prennent à la longue sympathiquement; il y a gastro-entérite, ou gastro-entéralgie chronique, bronchite, toux sèches, palpitations, irritation des diverses muqueuses de la bouche, de la gorge, des fosses nasales, des yeux; divers phénomènes nerveux hystériques, etc... Les femmes ainsi affectées se frappent, s'épuisent en conjectures sur la source de toutes ces indispositions, survenues sans l'action d'aucune cause à laquelle elles puissent raisonnablement les rapporter. Elles se laissent facilement aller à la croyance, à la persuasion même qu'il y a chez elles un engorgement, un squirrhe, un cancer de la matrice.

J'avoue que chez plusieurs jeunes mariées qui jouissaient, étant filles, d'une très-bonne santé, je n'avais pu, dans le commencement de ma pratique, m'expliquer tous ces phénomènes dont je voyais commencer la scène peu de temps après le mariage, sans cause connue, sans que les règles manquassent, sans que ces jeunes femmes fussent grosses ou se fussent encore blessées, sans qu'il y eût dans leur famille aucune disposition à de semblables indispositions ou de semblables maladies.

Le premier fait qui fixa fortement mon attention et qui me fit ouvrir les yeux, me fut offert par deux jeunes filles de la campagne que je connaissais depuis longtemps, jouissant, ainsi que toute leur famille, de la meilleure, de la plus belle santé. Elles épousèrent deux jeunes gens bien portants en apparence. Un mois après le mariage, l'une d'elles, Madame S..., sans être grosse, sans que ses règles aient manqué, sans jamais avoir eu auparavant des fleurs blanches, sans avoir changé ni d'habitudes, ni de régime, ni de pays, sans avoir été soumise à aucune cause de maladie, changea de teint, perdit sa fraîcheur, se plaignit de démangeaison, de picotements, d'un feu qui la brûlait quelquefois dans les parties génitales, d'une cuisson en urinant, d'une légère *perte blanche*. Je traitai cela comme une irritation ordinaire, par des bains, des tisanes adoucissantes. La malade perdit l'appétit; il y avait tantôt constipation, tantôt diarrhée. M. Viricel, consulté, conseilla également le régime et un traitement adoucissant. Les feux dans les parties génitales cessèrent en partie; il survint une toux sèche. Sur ces entrefaites, six mois après le mariage, le mari fit un voyage et une absence d'un mois. Pendant ce temps-là, l'état de madame S... s'améliora beaucoup; sa fraîcheur revenait et je la croyais près d'être guérie. Quelques jours après le retour de son mari, les symptômes du côté des parties génitales s'aggravèrent de

Digitized by Google

nouveau. Les yeux étaient souvent rouges et larmoyants; la toux sèche recommença plus fort que jamais, et on était inquiet dans sa famille pour sa poitrine. Je commençais, dans ce temps-là, à m'occuper sérieusement des maladies vénériennes. Les symptômes du côté des parties génitales, qui avaient ouvert la scène morbide, fixèrent de nouveau mon attention. Je demandai confidentiellement au mari s'il n'avait jamais eu antérieurement quelques maladies vénériennes; il m'apprit alors que six mois avant son mariage il avait contracté une blennorrhagie; cette blennorrhagie, traitée par un pharmacien qui lui avait fait prendre d'abord des boissons adoucissantes et puis du baume de copahu, avait cessé après trente-deux jours de durée; mais il lui était resté un léger suintement blanc, épais, tachant un peu le linge en jaune, suintement que le pharmacien lui avait affirmé n'avoir aucune importance. Je vis effectivement ce suintement, et l'introduction de la sonde causa beaucoup de douleur vers le bulbe et la portion prostatique de l'urèthre. Je fis concevoir à M. S... que ce suintement pouvait bien être la cause de tous les accidents éprouvés par sa femme, et qu'il convenait qu'il la laissât au moins trois mois sans la toucher, afin que je pusse avoir le temps de les guérir tous les deux. Il y consentit avec empressement. Je le soumis à un traitement antiphlogistique sévère, et je cautérisai deux fois la portion prostatique et la portion bulbeuse du canal. Deux mois après, le suintement n'était plus qu'une goutte limpide, filante, incolore, transparente. Madame, de son côté, continua le même traitement et prit du lait d'ânesse. Son état s'améliora rapidement; tous les symptômes du côté des parties génitales disparurent, la toux se calma, et ce ne fut que trois mois et demi après le commencement de ce traitement, pour les deux, que je leur permis de cohabiter de nouveau. Il n'en est plus résulté aucune espèce d'inconvénient pour la femme; elle devint grosse quelque temps après, mit au monde un enfant très-bien portant. Le suintement de M. S... a fini par devenir imperceptible.

Il est remarquable que, pendant que madame avait été ainsi affectée, sa sœur, qui s'était mariée en même temps qu'elle, avait toujours continué de jouir d'une très-bonne santé. Comme j'étais également le médecin de cette dernière et de son mari, j'appris de la bouche de celui-ci qu'il n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne.

Je puis affirmer que, depuis lors, plus attentif à remonter à la véritable source, dans plusieurs cas de ce genre, je me suis convaincu des funestes effets que produisent chez leurs femmes, nouvellement mariées, les jeunes gens qui ne font aucun cas d'une blennorrhée, d'un suintement, d'une *goutte*, suite d'une blennorrhagie non entièrement guérie, et qu'ils appellent du nom d'*échauffement*. Généralement, dans le monde, avec cette expression *échauffement*, sans doute plus distinguée et de meilleur ton que l'expression *chaudepisse*, ou *gonorrhée*, etc., on se paye et on paye les autres d'un mot qui cache souvent une bien triste chose.

Certainement, à la suite des blennorrhagies, il y a des blennorrhées, des suintements, des *gouttes*, qui ne sont pas contagieux; mais il y en a beaucoup d'autres qui le sont, et c'est parce qu'on n'a pas l'attention assez fixée sur cette circonstance, malheureusement si commune dans les grandes villes, que l'on méconnaît la véritable source de toutes ces indispositions par lesquelles sont assaillies tant de nouvelles mariées, indispositions qu'on ne sait à quoi rapporter ou que l'on rapporte à la première cause venue, capable de produire un mauvais effet quelconque.

Très-souvent ce n'est pas d'une manière brusque, rapide, aiguë, que se développent ces indispositions. L'affection suit une marche chronique; elle est d'abord plus ou moins longtemps locale, il y a un léger écoulement, et ce n'est qu'à la longue, par l'extension, par les retentissements sympathiques, et quelquefois par une véritable infection analogue à l'infection syphilitique, que différents désordres se manifestent dans les autres parties de l'économie.

Les femmes, ai-je dit, sont disposées, dans ces cas, à se blesser. Cela arrive assez souvent, moins souvent cependant que lorsqu'il existe une syphilis constitutionnelle. Dans ce dernier cas, c'est principalement à ce qui se passe dans le fœtus lui-même qu'est dû l'accident. En effet, ce fœtus pèche par la base, la nutrition; il meurt, et la matrice l'expulse, sans être malade elle-même. Dans le premier cas, au contraire, c'est la muqueuse elle-même de l'utérus qui est en proie à un état d'irritation, d'inflammation chronique, circonstance fâcheuse qui fait souvent détacher le placenta et expulser avant terme le fruit de la conception.

M. N.., fils d'un propriétaire des environs de Lyon, est affecté d'une blennorrhagie. Je le soigne avec des moyens antiphlogistiques appropriés, et je lui fais prendre ensuite quelques capsules de baume de copahu. Au trente-deuxième jour, l'écoulement est réduit à un léger suintement purulent blanchâtre. Je voulais l'arrêter entièrement, en faisant continuer au malade les capsules et en lui recommandant, pendant plusieurs jours encore, la continuation du régime, etc. Mais, pressé par ses affaires, M. N.. ne fait rien de tout cela, se regardant comme guéri. Le suintement continue sous forme de *goutte*.

Sur ces entrefaites, M. N.. se marie avec une jeune fille de campagne, fraîche et très-bien portante. Huit à dix jours après le mariage, elle se plaint de demangeaisons, de cuissons, de *feux* dans les parties génitales, de douleurs en urinant; un léger écoule-

Digitized by Google

ment jaunâtre paraît. M. N.. se croyant guéri et ne se doutant pas le moins du monde qu'il pût avoir lui même déterminé ces symptômes chez sa femme, y attache peu d'importance. Celle-ci devient grosse. Elle continue pendant sa grossesse de présenter les mêmes symptômes, et, de plus, des douleurs profondes et presque constantes dans la région de l'utérus. Sans cause connue, elle se blesse à deux mois et demi de grossesse et se fait saigner par une accoucheuse. Les symptômes alors augmentent plutôt qu'ils ne diminuent d'intensité. Deux mois après, une seconde grossesse a lieu, et, à trois mois, autre avortement, sans que madame N.. y ait donné lieu par aucune imprudence.

Un mois et demi après, quand madame N... est tout à fait relevée de cette fausse couche, M. N... prend le parti de me consulter pour elle, et me raconte toutes les circonstances que je viens de signaler. Je constate chez lui le même suintement que quand je l'avais quitté. Ayant examiné ensuite madame N... au spéculum, je trouve une rougeur intense de l'orifice vaginal, un écoulement blanc-jaunâtre venant du vagin, un suintement à peu près semblable venant de l'orifice du col utérin dont la muqueuse est d'un rouge foncé; plusieurs points rouges, enflammés, quelques granulations et une légère excoriation existaient sur le museau de tanche.

Trois mois d'un traitement antiphlogistique sévère, avec injections, cataplasmes adoucissants dans le vagin, le repos, etc., suffirent pour guérir Mme N..... M. N., outre le traitement antiphlogistique, subit deux cautérisations dans le canal de l'urèthre, à partir de la courbure, jusqu'à la portion prostatique, parties où l'introduction de la sonde avait causé beaucoup de douleur, et avait constaté un gonflement phlegmasique de la muqueuse, qui saigna beaucoup après cette introduction.

Quatre mois après, Mme N... redevint grosse, et accoucha à terme d'un enfant bien portant. Depuis lors elle a eu encore deux enfants qui se portent également bien, et elle a toujours, elle-même, joui d'une très-bonne santé.

J'ai choisi ce fait parmi beaucoup d'autres que je pourrais citer. Il est évident ici qu'on ne saurait raisonnablement rapporter les avortements à autre chose qu'à l'état phlegmasique de la muqueuse des parties génitales, déterminée par le suintement contagieux du mari. Il arrive quelquefois que le point du canal qui fournit la matière du suintement ou de ce que l'on appelle la *goutte militaire*, étant plus ou moins profondément placé, et cette matière étant plus ou moins épaisse, visqueuse et gluante, la *goutte* ne se présente que rarement à l'orifice du canal; mais au moment du coït, dans l'excitation de la muqueuse de l'urèthre qui précède et accompagne cet acte, cette matière pouvant être sécrétée en plus grande quantité, elle s'introduit dans le vagin, soit avant l'éjaculation, soit pendant l'éjaculation même, qui balaie, en quelque sorte, par le jet rapide de la semence, tout ce qui se trouve dans le canal. Or, le mélange de la semence avec la matière blennorrhagique n'empêche pas plus l'effet contagieux de celle-ci, que ce même mélange de la semence avec le pus chancreux primitif n'empêche l'effet contagieux et virulent de ce dernier.

Dans certaines blennorrhagies qui méritent à peine ce nom (si par ce nom on a principalement en vue de désigner l'écoulement abondant de la matière blennorrhagique), dans certaines blennorrhagies qu'on a appelées *sèches*, quoiqu'il y ait toujours une quantité, quelque petite qu'elle soit, de matière contagieuse sécrétée, la communication du mal peut s'opérer, dans les mêmes circonstances et de la même manière. L'existence de ces blennorrhagies *sèches* n'est pas douteuse. Il arrive en effet parfois, comme plusieurs auteurs en ont déjà offert des exemples, et comme le prouvent aussi positivement plusieurs faits dont j'ai été témoin, que l'individu, exerçant le coït avec une femme blennorrhagique, n'éprouve, plus ou moins de jours après, qu'une cuisson, une douleur dans un point profond du canal de l'urèthre, sans que le malade aperçoive aucune espèce d'écoulement. Cependant il s'opère, dans le point malade, la sécrétion d'une très-petite quantité de matière contagieuse qui ne se présente pas toujours sous la forme de suintement ou de *goutte* à l'orifice de l'urèthre. Si le malade, dans cet état, exerce le coït avec sa femme ou une autre femme saine, il peut lui communiquer une blennorrhagie, par l'introduction de la matière ou *goutte* contagieuse, de la manière que nous venons de signaler, soit avant, soit pendant l'éjaculation. On a eu tort de nier ces faits de blennorrhagies, en quelque sorte *sèches*, à forme érysipélateuse, selon Hunter. J'en traiterai ailleurs avec plus d'étendue. Un homme, avec une blennorrhagie de cette espèce, peut communiquer à une femme, selon la disposition particulière de celle-ci, tantôt une blennorrhagie semblable, tantôt une blennorrhagie avec écoulement et réciproquement. Mais en général, il est remarquable que chaque genre de blennorrhagie tend plutôt à déterminer un genre semblable. Voici quelques-uns des faits que j'ai parfaitement constatés relativement à ces blennorrhagies en quelque sorte *sèches*.

M. G..., marchand de vin et ancien aubergiste au faubourg de Vaise, avait eu, en 1837, une blennorrhagie avec écoulement abondant, qui dura en tout un mois et demi. Je l'avais complétement guéri à cette époque. Il ne lui restait aucune espèce de suintement ni de *goutte*. Il recommença alors à cohabiter avec sa femme, ce dont il s'était abstenu, tout

zed by Google

le temps qu'avait duré la maladie. Sa femme n'éprouva aucune indisposition. Deux ans après, avril 1839, M. G... eut des rapports avec une fille publique. Pendant les quinze premiers jours après le coït, il n'observa rien de particulier sur lui, si ce n'est un léger picotement dans la profondeur du canal. Comme il ne remarquait aucune espèce de suintement, il crut pouvoir voir sa femme sans danger. L'éjaculation s'accompagna d'une forte cuisson dans la profondeur du canal, vers le col de la vessie. M. G... craignit alors d'être malade et d'avoir donné le mal à sa femme. Cependant il ne remarqua encore chez lui aucun suintement, ou du moins ce suintement, qui existait sans aucun doute, mais qui devait être très-léger, échappait à son attention.

Sept à huit jours après le coït, sa femme se plaignit de cuissons, de chaleur dans les parties génitales, vers les grandes lèvres et l'entrée du vagin, de quelques coliques, de douleurs dans les plis des aines. Ce ne fut que cinq jours après, qu'un écoulement très-peu abondant d'un liquide épais, blanc-jaunâtre se présenta. Le mari crut aussi alors remarquer chez lui, après avoir pris abondamment des tisanes adoucissantes, une goutte de matière purulente tachant sa chemise en jaune, le matin seulement. Il vint me voir alors; en me racontant tout ce qui s'était passé, il me montra quelques taches sur sa chemise, qui étaient bien effectivement celles d'un muco-pus blennorrhagique ordinaire. L'introduction de la sonde détermina une forte cuisson et une vive sensation de douleur vers la portion prostatique du canal. La sonde, étant retirée, rapporta un peu de matière épaisse jaunâtre dans l'œil latéral et sur son extrémité (1).

M. G... me dit qu'il m'amènerait sa dame en me priant de lui laisser ignorer la véritable cause de son mal, et de ne lui parler que d'un *échauffement*. Je reconnus à l'examen chez elle ce que le mari m'avait signalé : les grandes lèvres et l'entrée du vagin étaient rouges, enflammées. L'écoulement visqueux, purulent, jaunâtre, était en petite quantité. Je les traitai tous les deux. Le mari ne s'aperçut que huit à dix jours encore de la *goutte* dont j'ai parlé; mais il conserva, pendant plus d'un mois encore, la cuisson dans la profondeur du canal, et lorsqu'il avait, dans des rêves lascifs, une pollution nocturne, il éprouvait la même sensation désagréable qu'il avait éprouvée dans le dernier coït exercé avec sa femme. Au bout de deux mois d'un traitement antiphlogistique convenable, d'injections adoucissantes, calmantes d'abord, résolutives, répercussives ensuite, ils furent guéris l'un et l'autre.

Un traiteur de Genas, près de Lyon, d'un tempérament sanguin, très-bien portant, n'ayant jamais été malade, marié depuis dix ans avec une femme jouissant elle-même d'une très-bonne santé, et n'ayant jamais eu aucune espèce d'irritation dans les parties génitales, ni de flueurs blanches, exerça le coït avec une fille publique. Le lendemain même il éprouve une forte cuisson dans le canal, en urinant, et quelques élancements même sans uriner. Il ne touche plus sa femme et s'examine attentivement, plusieurs fois dans la journée, pour voir s'il se présentait quelque écoulement. Rien, absolument rien ne paraît. Cependant, comme dix jours après l'ardeur dans la profondeur du canal existait au même degré, comme il y avait aussi sensation de malaise, douleurs dans les testicules, les plis de l'aine, le long du trajet des cordons, il vint à Lyon, s'adressa à un pharmacien, prit de ses bouteilles de sirop *dépuratif*, n'en éprouva qu'une irritation de plus dans les voies gastriques; mais comme il ne se présentait toujours aucune espèce d'écoulement autre qu'une *goutte* jaunâtre de loin en loin, collant les bords du méat urinaire, le pharmacien lui dit qu'il était guéri et qu'il pouvait, sans inconvénient, voir sa femme. C'est ce que fit ce dernier; mais, cinq jours après, la femme éprouva une cuisson en urinant, de la chaleur, de la douleur à l'entrée du vagin, un très-léger écoulement d'une matière épaisse, purulente, brunâtre, un malaise général, et tous ces symptômes morbides ne tardèrent pas à aller en augmentant. Le mari n'aperçut rien de son côté, ni de plus, ni de moins.

Il vient alors désespéré me faire part de cette aventure; à l'examen, le gland, le méat urinaire, n'offraient rien de particulier; le canal de l'urèthre ne paraissait au tact ni plus douloureux, ni plus induré, ni plus engorgé qu'à l'ordinaire. Le malade ne se plaignait que de la partie la plus profonde du canal, vers la portion prostatique. J'introduisis une sonde de Mayor, n° 1, comme je le fais toujours dans ces cas. Il n'y eut d'abord que la sensation ordinaire due au contact d'un corps étranger; mais, vers la portion prostatique, une douleur insupportable, avec très-forte cuisson, se fit sentir, et l'œil de la sonde apporta une grosse goutte de matière épaisse, purulente, semblable à la matière que le malade avait vue quelquefois coller les bords du méat.

J'engageai cet individu à m'amener sa femme, lui

---

(1) L'introduction de la sonde, dans ce cas de blennorrhagie sèche, est très-utile. Elle dévoile l'existence à une certaine profondeur de la matière blennorrhagique, qu'elle apporte dans ses yeux et à sa surface, en très-petite quantité. Il faut pour cela avoir soin de ne pas l'introduire jusque dans l'intérieur même de la vessie, afin que l'urine, en s'écoulant dans la cavité de la sonde et en la baignant à l'extérieur, n'entraîne pas cette matière. Il faut aussi n'introduire la sonde que longtemps après que le malade a uriné, afin que la matière amassée n'ait pas été balayée par l'urine.

Digitized by Google

promettant de persuader à celle-ci qu'elle n'avait qu'une perte blanche ordinaire, qu'un *échauffement*, en le rassurant d'ailleurs relativement à la guérison certaine de tous les deux. Elle vint effectivement, et je trouvai, à l'examen, à la vue et au tact seulement, une rougeur intense, une inflammation évidente de l'entrée du vagin et du méat urinaire, un écoulement peu abondant d'une matière épaisse, visqueuse, blanc-jaunâtre. Le doigt introduit dans le vagin, en pressant sur le canal de l'urèthre, en faisait sortir une goutte de matière de même aspect.

La femme fut traitée et guérie en un mois et demi par une saignée du bras, des bains de siége, des injections émollientes d'abord, astringentes ensuite, et des tisanes adoucissantes. Le mari fut beaucoud plus long à guérir; après avoir employé une saignée du bras, des sangsues au périnée, des boissons adoucissantes, des bains, et, à la fin, des injections avec le nitrate d'argent, je n'obtins la cure qu'en cautérisant une fois la portion prostatique du canal.

Voilà deux faits où l'existence de ces blennorrhagies *sèches*, ou à suintement difficile à apercevoir, inappréciable au malade, avec propriété contagieuse, est clairement demontrée.

Voici un fait non moins remarquable du même genre :

Deux frères maçons, de Couzon, près Lyon, exercent le coït avec une même fille publique, le même jour, immédiatement l'un après l'autre. Le surlendemain, le cadet éprouva une chaleur insolite au gland et à l'orifice du méat urinaire. Un picotement, une douleur, arrivent ensuite, et, le septième jour, il s'établit un véritable écoulement blennorrhagique assez abondant. Traité dans son pays, d'abord par des tisanes adoucissantes et puis par des injections avec de l'eau blanche, le malade est guéri le vingt-huitième jour.

L'aîné n'éprouve rien d'abord au méat ni au gland; mais dès le lendemain, il rapporte une douleur assez intense vers le col vésical; il urine difficilement, et le même traitement que l'on fait subir à son frère n'améliore pas son état. Il entre à l'hospice de l'Antiquaille, dans la première salle n° 4, au mois de juin 1839.

L'urine sort quelquefois par un jet plus considérable; son passage s'accompagne d'une forte cuisson, vers le fond du canal; l'excrétion des dernières gouttes détermine une vive douleur; le malade dit n'avoir découvert aucune espèce d'écoulement, ni de suintement, ni de *goutte*. La sonde introduite produit une forte douleur et fait jeter un cri au malade, quand elle arrive à la portion prostatique du canal. En la retirant, l'œil de son extrémité vésicale, et cette extrémité même, présentent une *goutte* et une couche légère d'une matière visqueuse, blanchâtre, semblable à du lait caillé, les tisanes adoucissantes, données dans les premiers jours, font uriner le malade avec moins de douleur, et il s'aperçoit alors qu'une goutte de matière, semblable à celle amenée par la sonde, se présente de temps en temps au méat urinaire. Ce n'est qu'au bout de deux mois d'un traitement antiphlogistique très-actif, et après plusieurs injections avec le nitrate d'argent, que le malade a été à peu près guéri. Il avait cependant encore en sortant de l'hôpital, un léger suintement incolore, filant, limpide, comme les suintements simplement muqueux qui restent quelquefois, quoi qu'on fasse, ne s'éteignent qu'à la longue et n'ont point de propriété contagieuse.

Il est remarquable que ces blennorrhagies sèches, c'est-à-dire à suintement très-peu abondant et quelquefois inappréciable pour le malade, sont plus longues, plus difficiles à guérir complétement que les blennorrhagies ordinaires. Quelquefois, lorsqu'une blennorrhagie ordinaire a été retranchée brusquement, au milieu de son corps, par quelque injection violemment astringente, l'inflammation se retire, se concentre dans un point profond du canal, ordinairement vers la portion prostatique, et alors il se présente un service de symptômes qui assimile cette inflammation aux blennorrhagies *sèches*. La difficulté d'obtenir la guérison et la longueur du temps qu'il faut pour cela, ne sont pas moindres dans un cas que dans l'autre.

Comme ce genre de blennorrhagie laisse pendant longtemps une irritabilité, une susceptibilité, très-grandes dans la portion affectée du canal, c'est-à-dire assez généralement la portion prostatique; comme de ce point, qui est une sorte de nœud unissant les voies génitales et les voies urinaires, l'irritation va s'irradiant dans l'intérieur de ces voies; comme à la longue, en supposant d'ailleurs qu'il ne se présente pas de symptômes constitutionnels, des retentissements sympathiques ont lieu dans les autres muqueuses, ou dans d'autres parties de l'économie, on voit les malades, surtout ceux qui n'ont reçu qu'une éducation grossière et qui ont l'intelligence bornée, se frapper l'imagination, se tourmenter, dans la croyance qu'ils ont de ne pas être guéris de la maladie vénérienne. Tous les symptômes qu'ils marquent, ils les rapportent à cette maladie; ils ne voient partout que chancres et vérole. Cette catégorie de malade fournit souvent de véritables syphilophobes ou syphilomanes; elle fournit aussi le plus grand nombre de dupes et de victimes aux charlatans.

Il faut cependant prendre garde de regarder trop souvent comme malades imaginaires les individus qui se plaignent sans cesse de tous ces maux. Quelquefois de véritables désordres s'opèrent sourdement vers les organes urinaires ou vers les canaux

Digitized by Google

éjaculateurs, les vésicules séminales, et presque vers l'organe sécréteur du sperme. Des pertes involontaires de semence peuvent en être le résultat et devenir elles-mêmes la cause de tous les phénomènes bizarres présentés par les malades. Au reste, tout ceci regarde l'histoire de la blennorrhagie et de la blennorrhée qui sera tracée ailleurs. Je ferai observer cependant encore que quelquefois, après un très-long temps d'existence de ces blennorrhagies sèches, soit qu'elles aient été mal traitées ou négligées, lorsque le malade a présenté pendant longtemps une foule d'accidents dans les organes intérieurs qu'on ne sait à quoi rapporter, tout à coup, sous l'influence d'une cause plus ou moins violente d'irritation, surtout si cette cause fait cesser les symptômes du côté de l'urèthre, on voit apparaître de véritables symptômes constitutionnels, quoiqu'il soit bien positif que la blennorrhagie *sèche*, ou à suintement presque nul, n'était pas due, dans ce cas, à un chancre larvé.

Pour toutes ces raisons, et notamment à cause de la propriété contagieuse que peut conserver longtemps le suintement, quelque petit ou imperceptible qu'il soit, la blennorrhagie de cette espèce mérite la plus grande attention.

Il est évident que le mélange du sperme avec les suintements contagieux doit altérer, vicier ce sperme; que ce liquide dans ces fâcheuses conditions, introduit par l'éjaculation dans le vagin, la matrice, peut et doit souvent exercer une funeste influence sur ces organes.

La corruption en quelque sorte de cette humeur prolifique peut nuire à la génération, en enlevant à cette humeur la faculté de féconder la femme, ce qu'il y a de plus fâcheux; d'autres fois elle peut se faire sentir sur l'enfant, imprimer à ses organes ou à quelques-unes de ses fonctions une altération spéciale, un cachet plus ou moins caractéristique et difficile à détruire.

L'Expérience. — Janvier 1840.

Quelques observations pratiques sur l'emploi du seigle ergoté; par M. Dumas.

La médecine sait tirer parti des substances les plus délétères. Des poisons dangereux se transforment, entre les mains du médecin, en médicaments héroïques, comme on le voit tous les jours par les remèdes nouveaux dont on a enrichi la pharmacopée.

Le seigle ergoté fut regardé pendant longtemps comme une substance toxique, dont on devait éviter l'usage avec soin; et, en effet, l'observation avait démontré de funestes effets produits par ce grain, dans différentes contrées où l'on fait une grande consommation de seigle. On avait vu de grandes épidémies sévir lorsque l'ergot se trouvait abondant dans le pain de seigle. En Saxe, dans la Suède, la Prusse, la Bohème, l'Allemagne, la France, surtout dans la Sologne, une infinité d'exemples avaient attesté la vérité de ces observations; et nous trouvons des prescriptions de ces épidémies bien détaillées, quoiqu'incomplètes pour nous, dans les écrits de Dodart, Noël, Srinc, Burghart, Langius, Janson; et tous s'accordent à décrire, comme principal symptôme, des accidents ataxiques, et surtout une gangrène terrible qui sévit sur les membres inférieurs, et les sépare du corps par l'ambieux. En 1709, l'épidémie de ce genre qui se manifesta dans la Sologne fut attribuée à la présence de l'ergot qui, cette année, entrait pour près d'un quart dans la farine de seigle qui servait à confectionner le pain. En 1716 on fit la même observation dans l'Orléanais; en 1674 Dodart avait eu l'occasion de l'observer à Montargis; enfin, en 1814, époque assez rapprochée de nous, une épidémie semblable se manifesta en France, dans le département de l'Isère. Il serait trop long de rapporter tout ce qui a été écrit sur ce sujet, et qui d'ailleurs n'est pas en rapport direct avec notre travail.

Les effets pernicieux que produisait cette substance dut attirer de tout temps l'attention des savants, et diriger leurs recherches sur la nature de cette production. Cependant on ne trouve dans les auteurs de l'antiquité que de simples notes sur la monstruosité de ce grain, sans aucun détail historique. C'est peut-être à la rareté de la plante dont elle est le produit ou à l'absence des causes qui la déterminent, dans le pays qui est pour nous le berceau des sciences, que nous devons attribuer ce défaut. C'est le *secalis luxurians aliisque orgo et secalis mater* de Pline; Théophraste, longtemps avant lui, désignait cette substance par le nom de *luxuries vegetum*; mais ces deux auteurs célèbres n'emploient cette expression que d'une manière générique, et ils semblent ne considérer l'ergot que comme une excroissance, une anomalie dans le développement du grain. Après eux, il faut franchir un grand espace de temps pour en trouver quelques notions, et la plupart des écrivains qui en parlent ne voyant dans cette substance que ses effets dangereux, étaient loin d'en faire l'application à la médecine.

Les auteurs qui se sont occupés de cette production varient d'opinions sur sa nature. Les uns, tels que Gaspard, Langius, Tillet, *Dissert. sur la cause qui corrompt le grain du blé dans les épis;* Thalius, Read, Ginani, en Italie; Vetillard, Dodart, Duhamel, Beguillet; MM. Tessier, Rougier de la Bergerie, etc., ont pensé que c'était une modification

du grain même, qui, par une cause fortuite, changeait de nature et acquérait un développement plus considérable que d'ordinaire. Ces auteurs ont été divisés pour la cause qui pouvait produire ce changement; les uns l'attribuent à la piqûre d'un insecte, comme la gale des arbres; tels sont Ray, *Hist. plant.* 1741; Tillet, Tissot, etc. : insecte que Linnée désigne sous le nom de *scarabeus minimus ater florilegus*. Les autres, plus nombreux, croient que le brouillard, la rosée, les pluies, et surtout les rayons du soleil dardant sur les grains humides, en sont la cause. Je ne reproduirai pas les raisonnements que chacun a donnés pour faire prévaloir son opinion, qui semble basée sur des faits concluants, mais qui est également combattue par des faits contraires.

Une seconde opinion sur la nature de l'ergot est celle de M. de Candolle. Ce savant botaniste pense que ce n'est qu'un champignon parasite, qui se développe et s'accroît à la place et aux dépens du grain qu'il attaque; il le nomme *sclerotium clavus*.

Enfin, une troisième idée sur la nature de l'ergot s'est formée des deux précédentes : on veut qu'il dépende à la fois de l'altération du grain et du champignon parasite. Suivant ces auteurs, l'ovaire avant la fécondation commencerait à prendre de l'accroissement et l'apparence qui constitue l'ergot; ce grain présenterait un tubercule terminal, qui constituerait un champignon parasite, que M. Léveillé nomme *sphacelia segetum*. Les observations que j'ai été à même de faire sur ce grain me font adopter l'opinion ancienne, qui est celle de l'altération de l'ovaire au moment de la fécondation occasionnée par l'humidité, et que favorise surtout les rayons du soleil.

L'analyse chimique nous apprend que les principes constituants du grain de seigle sont entièrement changés; il n'y a plus de fécule ni de gluten; on y trouve, suivant le célèbre Vauquelin, 1° une huile blanchâtre, d'un goût insipide; 2° une matière colorante, jaunâtre, d'un goût désagréable, et à peu près semblable à celle de l'huile de poisson. Cette substance est très-soluble dans l'alcool; 3° une autre matière colorante violette, insoluble dans l'alcool; 4° un acide libre, que Vauquelin croit être de l'acide phosphorique; 5° de l'ammoniaque; enfin, une matière végéto-animale, qui s'y trouve très-abondante.

Propriété médicale.

Quoiqu'il n'y ait pas fort longtemps que l'on ait reconnu au seigle ergoté la précieuse propriété qu'il possède, il ne faut pas croire que ce soit une invention toute nouvelle; car dans le seizième siècle, Gaspard Bauhin le préconisait déjà comme un excellent remède pour diminuer le flux excessif des vidanges. Dans plusieurs endroits on se servait de cette substance pour favoriser le vêlement des vaches. Des poudres obstétricales ont été même pendant longtemps secrètement vendues pour accélérer le travail de l'enfantement, et dont la base était formée par l'ergot. Mais, soit que les médecins ne fissent aucun cas des médicaments donnés par des personnes étrangères à l'art de guérir, ou qu'ils n'aient pas eu occasion d'observer les effets que pouvait produire cette substance, on resta longtemps sans l'introduire dans la pharmacologie; mais depuis que M. Prescott, médecin américain, eut appelé l'attention de ses confrères sur les bons effets que l'on pouvait retirer de ce médicament, plusieurs essais furent tentés, et cette substance, comme toutes celles que l'on cherche à introduire dans l'art de guérir, eut ses partisans et ses détracteurs; cependant les observations se sont tellement multipliées, qu'il n'y a plus à douter maintenant que l'on ne possède dans cette substance un médicament précieux, dont un médecin peut tirer les plus grands avantages. J'ai eu moi-même souvent l'occasion d'en faire usage; et sur trente-quatre observations, deux fois seulement je n'en ai pas obtenu l'effet que j'en attendais. Cependant, malgré ces faits bien concluants en faveur des propriétés du seigle ergoté, mon opinion ne serait pas, sans doute, d'une grande autorité, si elle n'était appuyée par un grand nombre d'accoucheurs célèbres, qui tous les jours se servent de cette substance avec le plus grand succès; et comme en médecine plus on possède des faits nombreux et variés sur un même sujet, et plus on peut en déduire des conséquences utiles pour l'art de guérir, je pense que les observations que je vais rapporter ne seront pas sans présenter quelque intérêt.

Obs. I.—*Accouchement naturel.—Inertie de la matrice. — Emploi du seigle ergoté. — Délivrance d'un enfant mort.*

Le 24 décembre 1832, je fus appelé à Salsigue, auprès de la femme Bonnafoux, pour opérer sa délivrance. Cette femme, âgée de trente-deux ans, mère de quatre enfants, et d'une constitution robuste, était depuis trois jours en travail d'enfant. Les douleurs, qui d'abord s'étaient montrées avec assez d'énergie, d'après le rapport que l'on m'en fit, diminuèrent peu à peu, et finirent par cesser entièrement. Depuis vingt-quatre heures elle n'en avait éprouvé que quatre ou cinq, encore fort légères; cependant elle était harrassée par les efforts qu'elle faisait pour se débarrasser de son enfant. La matrone qui l'assistait avait épuisé le répertoire des substances qu'elle donnait en pareille circonstance : le café, le vin chaud, l'infusion de cannelle, etc., avaient été employés abondamment.

Le toucher me fit reconnaître une grande dilata-

Digitized by Google

tion du col utérin. La tête de l'enfant se présentait au détroit inférieur du petit bassin (deuxième position), où elle était depuis longtemps; les eaux étaient écoulées depuis deux jours; il ne manquait que quelques contractions utérines pour opérer la sortie de l'enfant, et c'est ce que j'obtins par le seigle ergoté. Un gros de cette substance fut réduit en poudre et divisé en trois portions égales; la patiente en avala une aussitôt, dans un travers de doigt d'eau sucrée. Après trois minutes, elle accusa une espèce de mouvement douloureux dans la matrice, et des contractions légères ne tardèrent pas à se succéder; mais comme elles n'étaient pas assez vigoureuses pour opérer, je lui fis prendre une seconde dose de seigle ergoté, qui détermina, en peu d'instants, de vives et fréquentes douleurs, et après un quart d'heure cette femme accoucha d'un enfant mort depuis longtemps.

On peut voir, dans cette observation, une action bien marquée du seigle ergoté. Avant son ingestion les douleurs étaient presque nulles; mais à peine cette substance a-t-elle séjourné pendant quelques minutes dans l'estomac, qu'elle retira la matrice de l'inertie dans laquelle elle se trouvait, et de vives contractions opérèrent la sortie de l'enfant. Ce cas, à la vérité, présentait les circonstances les plus favorables, car le col était amplement dilaté, l'enfant engagé dans l'excavation du petit bassin, et près de son détroit inférieur; il ne manquait que des contractions pour opérer sa sortie, et c'est ce que détermina le seigle ergoté. L'enfant naquit mort; mais cet accident ne doit être attribué qu'à la lenteur du travail et au long séjour de cet enfant dans le bassin, après l'écoulement des eaux. L'application du forceps aurait été sans doute facile, et il aurait été même plus avantageux d'en faire usage, pour opérer plus promptement la délivrance, si je n'eusse été convaincu de la mort de l'enfant; mais j'avais à considérer la répugnance qu'éprouvent les femmes pour l'application de cet instrument, et, de plus, l'inertie de la matrice, qui persiste quelquefois après la délivrance, et expose aux hémorrhagies utérines.

OBS. II. — *Accouchement primipare; douleurs lentes d'abord, puis cessant entièrement. — Usage du seigle ergoté. — Naissance d'un enfant vivant.*

La femme Albert, d'une stature élevée, et ayant son système musculaire très-développé, fut prise, dans la nuit du 12 au 13 juin 1835, des douleurs de l'enfantement. C'était sa première grossesse; ces douleurs n'étaient pas franches; elle souffrait beaucoup des reins, et le travail avançait lentement. Le 13 au matin je fus appelé auprès d'elle : les douleurs ne s'étaient pas montrées de toute la nuit; la femme qui l'assistait avait cru devoir percer la poche formée par les eaux, dans l'intention d'avancer le travail, il y avait environ deux heures.

Le toucher me fit reconnaître beaucoup de souplesse dans le col utérin; il était même presque entièrement effacé; la dilatation pouvait avoir un pouce et demi de diamètre. Je reconnus que l'enfant se présentait dans la première position de la tête. Rien ne contre-indiquant l'emploi du seigle ergoté, je crus devoir en faire usage; je lui en donnai vingt-quatre grains, dans deux travers de doigt d'eau pure; après dix minutes, n'ayant rien obtenu, je lui en donnai une pareille quantité. Après environ cinq minutes quelques douleurs partant de l'ombilic se firent sentir, mais elles étaient lentes. Un quart d'heure après, ayant pris une troisième dose de seigle ergoté, semblable aux premières, cette femme ne tarda pas à ressentir des douleurs vives et soutenues, et l'enfant se présenta au bout de quelques minutes après; il était bien portant, et ne paraissait avoir nullement souffert. La délivrance fut facile, et aucun accident ne survint.

Dans cette seconde observation, il ne manquait à la femme, pour accoucher, que des contractions suffisantes; le seigle ergoté les provoqua. Il fallut pourtant un gros de cette substance pour les obtenir. J'ai presque toujours remarqué que lorsque les douleurs ne se sont pas montrées franches, qu'elles viennent des reins, comme disent les femmes, il faut une plus forte dose de seigle ergoté, soit pour les provoquer, soit pour leur donner la direction qu'elles doivent avoir. Les eaux s'étaient écoulées depuis peu de temps; aussi l'enfant n'avait pas souffert, et il naquit bien portant.

OBS. III. — La femme Courbatier, mère de trois enfants, fut prise par les douleurs de l'enfantement le 8 janvier 1834 au matin. Elle avait été très-heureuse à ses premières couches; mais cette fois elle souffrait de douleurs de reins insupportables, et le travail avançait fort lentement. Elle me fit appeler le 9 au soir, pour lui donner mes soins : c'était une femme de petite stature, mais bien portante, bien conformée, et d'un tempérament sanguin. Elle me dit être au terme de sa grossesse mais que jamais elle n'avait souffert comme cette fois, et que, malgré ses douleurs, le travail n'avançait pas du tout.

Le toucher me fit reconnaître une dilatation du col de la matrice d'environ un pouce de diamètre; la poche des eaux était percée. Depuis le matin, l'enfant présentait la tête, mais je ne pus d'abord déterminer dans quelle position. Il y avait beaucoup de rigidité et de sécheresse dans les parties génitales; je crus devoir pratiquer une saignée au bras. Une heure après, les douleurs avaient les mêmes caractères; mais le col de la matrice offrait beaucoup plus de souplesse, et des mucosités abondan-

Digitized by Google

tes baignaient les parties génitales; cependant la dilatation était la même. Alors je lui donnai le seigle ergoté, à la dose de douze grains, dans un peu d'eau sucrée. Après dix minutes, les choses étant dans le même état, elle prit encore douze grains de cette substance en poudre; environ trois minutes après, les douleurs changèrent entièrement de caractère; elles partaient de l'ombilic et se terminaient dans le bassin; elles étaient plus vives, plus rapprochées, et d'une plus longue durée; une demi-heure après, un enfant vivant fut expulsé dans la quatrième position de la tête.

Cette observation diffère essentiellement des deux premières, en ce qu'il n'y avait pas absence de douleurs. Le col de l'utérus offrait d'abord beaucoup de rigidité, il n'était pas bien effacé, et la dilatation n'était pas considérable. Sans doute que, dans cette circonstance, quelques frictions avec l'extrait de belladone sur le col utérin aurait pu être de quelque avantage; mais à cause de la sécheresse des parties génitales et de l'état pléthorique de cette femme, je crus devoir préférer la saignée. Elle opéra d'heureux résultats, à l'exception des douleurs, dont elle ne changea pas le caractère; ce qui faisait que le travail restait toujours languissant. Dans ces cas, le professeur Dubois administrait à la femme une forte dose d'opium, le sirop de diacode, de préférence, à la dose de deux onces; ce qui arrêtait momentanément le travail et procurait du sommeil; et lorsque la femme se réveillait, le travail recommençait avec régularité, et la dilatation s'opérait plus facilement. Je ne crus pas devoir employer ce moyen, parce que les eaux s'étant en grande partie écoulées depuis longtemps, un long séjour de l'enfant dans l'excavation du petit bassin, et comprimé de toutes parts par la matrice, n'aurait pas été sans danger pour lui, et les narcotiques d'ailleurs n'ont pas toujours une action prompte et égale; ils peuvent même, chez les sujets sanguins et disposés aux congestions cérébrales, occasionner des accidents fâcheux. Je préférai le seigle ergoté, qui m'avait servi dans plusieurs autres circonstances à régulariser le travail et à déterminer des douleurs expulsives. Je ne fus pas trompé dans mon attente encore cette fois, et l'accouchement eut lieu heureusement.

Des trente-quatre observations que je possède sur l'emploi du seigle ergoté, j'ai cité ces trois comme prouvant l'action directe et bien marquée de cette substance sur l'utérus, et pouvant au temps de l'accouchement en accélérer le travail languissant, ou régulariser celui qui ne suit pas la marche que lui a assignée la nature. Je sais que plusieurs auteurs distingués se sont élevés contre l'emploi de cette substance; mais il y a beaucoup de préventions dans les reproches que l'on a faits à ce médicament. Sans doute que son action n'est pas d'une fidélité absolue; mais les cas où il ne répond pas à l'attente du médecin sont en bien petit nombre, comparativement à ceux où il est utile. Sur trente-quatre cas où je l'ai employé, je ne l'ai vu que deux fois ne produire aucun effet. Je vais rapporter une de ces observations.

Obs. IV. — *Grossesse à terme. — Travail languissant. — Emploi du seigle ergoté. — Délivrance par le forceps.*

La femme Montjacques (d'Aragon) était en travail d'enfant depuis trois jours, lorsque je fus appelé pour lui donner des soins. Elle accouchait pour la quatrième fois, et les couches précédentes avaient été très-heureuses. Cette femme était grande, bien musclée, jouissant d'une bonne santé; elle était âgée de trente-deux ans. On me dit que les eaux s'étaient écoulées depuis la veille. Je reconnus par le toucher une grande dilatation dans le col utérin, et la tête de l'enfant dans la troisième position, bien avancée dans le bassin. La tête n'offrait pas de pulsation; elle était dans cette position depuis longtemps après l'écoulement des eaux; ce qui me fit soupçonner la mort de cet enfant. Il ne fallait à cette femme que des douleurs pour accoucher, et depuis la veille (28 avril 1834) elle n'en avait pas éprouvé. Je lui donnai vingt-quatre grains de seigle ergoté, en deux fois et à cinq minutes d'intervalle : d'abord point de douleurs; elle prit alors vingt-quatre grains d'ergot en une prise, ce qui provoqua quelques douleurs fort légères et de courte durée. Je me déterminai alors à lui en donner encore vingt-quatre grains; mais trois quarts d'heure après n'ayant rien obtenu, je crus devoir la délivrer avec le forceps; ce que je fis aussitôt, et sans difficulté. L'enfant était mort, mais aucun accident ne troubla le rétablissement de cette femme.

Obs. V. — *Administration du seigle ergoté. — Expulsion d'un premier enfant par le sommet de la tête. — Présentation du bras d'un second fœtus. — Version facile. — Délivrance double.*

Le 8 septembre 1831, je fus appelé auprès d'une femme qui depuis trois jours était en travail d'enfant. Elle avait une quarantaine d'années, mère de plusieurs enfants, et d'un tempérament assez robuste. Les douleurs, qui le premier jour s'étaient montrées avec assez d'intensité, avaient diminué successivement, et ne se faisaient sentir, lorsque je fus appelé, que par intervalles de cinq à six heures. Un officier de santé, qui l'avait vue avant moi, lui avait pratiqué une saignée et lui avait fait prendre une potion emménagogue, sans obtenir aucun succès.

Digitized by Google

Par le toucher, je trouvai que la dilatation du col avait à peu près un pouce de diamètre, la poche formée par la membrane s'y présentait avec une forme allongée, le col utérin avait beaucoup de souplesse, il était presque entièrement effacé. Rien ne contre-indiquant donc l'emploi du seigle ergoté, je me déterminai à le mettre en usage; mais je n'en avais pas, et l'éloignement d'un pharmacien me contraignit d'attendre encore deux heures; dans cet intervalle de temps il ne survint aucune douleur.

Il était six heures du soir lorsque je fis prendre à cette femme vingt-quatre grains d'ergot en poudre dans deux onces d'eau. Huit minutes après leur ingestion, il se manifesta une douleur assez vive, mais courte, qui fut suivie, cinq minutes après, d'une autre plus intense; les contractions utérines se succédèrent avec rapidité, et au bout d'une heure elle accoucha d'un premier enfant, qui vint par la tête, dans la position *occipito-antérieure gauche*. Mais à peine celui-ci était-il sorti, que le bras gauche d'un second enfant se présenta à la vulve : il était tuméfié et noirâtre. Je profitai d'un moment de calme pour faire la version du fœtus, et les douleurs, qui ne tardèrent pas à reparaître, terminèrent heureusement cet accouchement. Cependant le second enfant fut expulsé dans un état apparent de mort; mais il fut bientôt rappelé à la vie par des frictions et l'insuflation d'air dans la bouche.

Ces deux enfants ont vécu. La délivrance eut lieu cinq minutes après la sortie du second enfant. Deux placentas se présentèrent, et furent expulsés l'un après l'autre.

Obs. VI. — L'année dernière, une femme présentant une grossesse double fut également soumise à mon observation, et l'emploi du seigle ergoté fut aussi heureux que dans le cas précédent. Cette femme était âgée de vingt-deux ans, et était à sa première grossesse; elle avait éprouvé des douleurs assez vives d'abord, qui s'étaient insensiblement ralenties et avaient fini par disparaître. Il y avait vingt-quatre heures que le travail avait commencé, et près de douze heures qu'elle n'avait ressenti aucune contraction de la matrice; cependant il y avait longtemps qu'une partie des eaux s'étaient écoulées. Le toucher me fit reconnaître une dilatation du col d'à peu près un pouce et demi de diamètre, beaucoup de souplesse dans le col, et les parties génitales assez humides. J'employai le seigle ergoté; elle en prit d'abord vingt-quatre grains; cinq minutes après les douleurs se firent sentir, mais elles n'étaient ni assez vives ni assez longues pour produire un bon effet. Une seconde dose de seigle ergoté détermina des contractions plus intenses et la sortie d'un premier enfant vivant, qui fut presque immédiatement suivi par le placenta. Cependant le ventre était encore gros, et les douleurs, qui avaient laissé un peu de calme, reprirent, et un nouvel enfant se présenta à la vulve par la tête, deuxième position. Il fut expulsé vivant, et rien autre chose de remarquable ne survint à cette femme.

Quelques praticiens ont prétendu que le seigle ergoté pouvait produire de graves accidents dans les cas de grossesse double. Cependant l'expérience et le raisonnement démontrent le contraire. Il est nécessaire, il est vrai, que l'enfant se présente dans une position favorable pour traverser le bassin; mais ce n'est qu'alors qu'on doit user du seigle ergoté. Quant au second enfant, on ne peut, sans doute, juger de sa position qu'après la sortie du premier, et, comme il arrive fréquemment, les contractions de la matrice lui font prendre une direction vicieuse. Mais il faudrait supposer que les contractions de la matrice fussent très-violentes, pour que l'accoucheur ne pût manœuvrer pour en changer la position; et l'on sait qu'après la sortie du premier enfant il succède constamment quelques instants de calme. Dans le cas contraire, on pourrait, à la rigueur, faire usage du laudanum; mais il est rare que l'on trouve des cas où l'on ait besoin d'avoir recours à ce moyen, et les objections que l'on a faites à l'usage du seigle ergoté, dans les grossesses multiples, sont plus spécieuses que fondées.

Il est des considérations à observer dans l'emploi du seigle ergoté, auxquelles ne manque jamais un praticien qui a l'habitude d'en faire usage. On sait que cette substance n'a d'autres propriétés que de provoquer les contractions utérines; il serait donc imprudent de l'employer lorsque l'accouchement ne peut se terminer naturellement. Il faut que l'enfant soit placé dans une situation favorable, qu'il n'y ait pas disproportion entre la tête de l'enfant et les parties qu'il doit traverser : or, un enfant hydrocéphale, une mauvaise conformation du bassin de la mère, contre-indiquent l'emploi de cette substance. On doit également faire attention au col de la matrice; car pendant la grossesse, et surtout vers la fin, il est des femmes qui éprouvent des douleurs semblables à celles du commencement du travail de l'accouchement, et qui cessent sans rien produire. Il faut donc que le travail ait commencé, il faut qu'il y ait une suffisante dilatation du col, qu'il présente de la souplesse, et surtout qu'il soit effacé.

Si le travail était lent, malgré les vives douleurs et les efforts de la femme, surtout lorsque ces douleurs n'ont pas une direction convenable, comme lorsqu'elles se font ressentir aux reins, et si le travail a commencé déjà depuis longtemps, on peut faire usage du seigle ergoté. Cette substance excite de bonnes douleurs; elles deviennent plus franches, elles prennent une nouvelle direction, et l'ac-

Digitized by Google

couchement a lieu bien plus promptement sans qu'il y ait du danger pour la mère, et encore moins pour l'enfant.

Mais ce n'est pas seulement pour accélérer le travail de l'enfantement que l'on doit employer le seigle ergoté ; cette substance est d'un avantage précieux dans les hémorrhagies utérines qui surviennent quelquefois, à la suite des accouchements, à cause de l'inertie de la matrice. J'ai été à même de le mettre en usage quatre fois dans ces circonstances, et toujours d'une manière avantageuse. Je vais rapporter deux observations qui ne sont pas sans intérêt.

Obs. VII. — Mme P*** m'avait prié de présider à ses couches ; elle était âgée de vingt-huit ans, et à sa première grossesse. Elle me fit appeler le 12 décembre 1834, à une heure du matin. Arrivé près d'elle, je la trouvai souffrante depuis environ une heure. Le toucher me fit connaître une grande souplesse dans le col utérin et une dilatation de la grandeur d'un pouce et demi de diamètre. Une partie de la poche des eaux était engagée dans cette ouverture ; les douleurs se succédaient rapidement et sans interruption ; elles portaient bien, et le travail avançait avec facilité. Vingt minutes après mon arrivée, la poche des eaux perça naturellement, et je pus reconnaître que la tête de l'enfant se présentait dans la première position. Il succéda quelque peu de calme ; mais bientôt de nouvelles douleurs encore plus fortes se réveillèrent et expulsèrent l'enfant. Cependant cet enfant, à terme et fortement constitué, naquit dans un état apparent de mort, Mme P*** n'ayant pas d'autres douleurs, et la matrice étant assez contractée, je la laissai un instant, pour rappeler l'enfant à la vie. Des affusions d'eau froide sur le corps, des frictions irritantes sur la région du cœur et l'insuflation d'air dans la bouche, ne tardèrent pas à le rappeler à la vie. Mais il n'y avait pas cinq minutes que j'étais occupé à cet enfant, que la mère se plaignit d'un bourdonnement insupportable dans les oreilles et d'un tournoiement de tête inquiétant. M'étant approché d'elle, je la trouvai pâle et presque sans pouls ; à peine eus-je le temps de glisser ma main sous la couverture de son lit, qu'elle perdit entièrement connaissance; le ventre était aussi gros qu'avant la sortie de l'enfant. J'avais affaire, je n'en doutais pas, à une hémorrhagie interne ; je m'empressai en conséquence, d'opérer la délivrance, ce qui se fit sans aucune difficulté ; mais des flots de sang liquide et des caillots inondèrent bientôt sa couche. Le temps était très-froid : je fis ouvrir les portes et les fenêtres, et la fis découvrir entièrement ; en même temps je fis appliquer deux larges ventouses sur le sein, et on versait abondamment d'eau à la glace sur son ventre, en opérant de fortes frictions. Aucun de ces moyens ne parvint à arrêter le cours du sang. Ayant introduit la main dans la matrice, aucun corps étranger n'y était adhérent, d'ailleurs l'arrière-faix était entier ; mais la matrice, qui avait été dilatée, n'était pas revenue sur elle-même, et ses parois offraient une mollesse remarquable. Cependant les affusions d'eau froide, les injections d'eau vinaigrée, les ventouses sur le sein, les lavements froids et acidulés, n'empêchaient pas le sang de couler abondamment. Je dus avoir recours à d'autres moyens ; je commençai par enlever de l'utérus tous les caillots de sang qu'il contenait ; je pris un citron, dont j'enlevai l'écorce jusqu'à la pulpe, je l'introduisis dans la matrice, en l'exprimant entre mes doigts ; j'en frottai toute la surface interne de cet organe, alors le sang diminua considérablement. Je réitérai une seconde fois cette opération, et l'écoulement de sang s'arrêta. Cette dame était toujours en syncope, et ignorait, par conséquent, ce qui se passait autour d'elle. Je lui appliquai deux larges sinapismes sur la partie interne des cuisses et un sur le bas ventre ; en même temps que je lui faisais des frictions sur la région précordiale, et bientôt de faibles battements de cœur se firent sentir. Nous redoublâmes de soins, et bientôt elle fut à même d'avaler un peu de limonade. Cependant la matrice était toujours flasque ; elle ne s'était pas du tout contractée, et quelque peu de sang revenait couler par la vulve. Je lui fis faire de nouvelles affusions d'eau froide, et pendant ce temps je mis en poudre un gros de seigle ergoté, que je divisai en quatre portions égales, et que je lui fis prendre chaque cinq minutes. A peine avait-elle pris la troisième dose, que je m'aperçus, en appliquant la main sur le ventre, que le globe utérin offrait moins de volume et qu'il durcissait un peu. Bientôt des contractions plus fortes expulsèrent par la vulve plusieurs caillots de sang, et l'utérus revint dans son état normal. Il ne resta d'autres accidents qu'un dérangement dans les idées de cette dame, qui dura plus de vingt-quatre heures ; et malgré la perte effrayante de sang, après quinze jours elle était si bien rétablie, qu'elle voulut allaiter son enfant. Dans ce moment encore la mère et l'enfant jouissent d'une santé remarquable.

J'avais vu d'autres fois des hémorrhagies, dont quelques-unes étaient occasionnées par une portion de placenta qui était resté dans la matrice ; mais ce n'était rien comparativement à celle qu'éprouva cette dame. La syncope arriva promptement, et malgré cela l'écoulement de sang persistait, et résistait même aux moyens qui réussissent souvent. Les citrons exprimés dans la matrice parvinrent, pour quelques instants, à le faire cesser ; mais comme ils n'avaient pas remédié à la cause, il était à craindre de voir renouveler cette foudroyante hémorrhagie. Le seigle ergoté put seul produire les meilleurs effets en pro-

Digitized by Google

voquant les contractions de la matrice. Si pareille occasion se présentait, sans perdre du temps je ferais quelques injections d'ergot dans le rectum, et peut-être les effets en seraient plus prompts; car dans cet intestin l'absorption veineuse est très-active, et par ce moyen je n'aurais pas besoin d'attendre que la femme fût remise de la syncope pour lui administrer ce remède. Je vais citer un autre cas, mais bien moins grave que celui-ci.

Obs. VIII. — Il y a à peu près six mois, je fus appelé auprès de la femme Haubin pour remédier à une hémorrhagie utérine qu'elle éprouvait depuis trois jours, époque où elle avait fait une fausse couche d'un enfant de six mois et demi, qui était né mort, me dit-on. J'interrogeai la matrone qui l'assistait; elle me dit que l'arrière-faix était sorti entier. Ne me fiant pas à son rapport, je touchai la femme : le globe utérin faisait une saillie à son ventre, bien plus considérable que d'ordinaire. Ayant introduit la main dans la matrice, à travers bon nombre de caillots de sang, j'en sortis presque la moitié du placenta, au grand étonnement des personnes présentes, et surtout de l'accoucheuse. Je crus alors que tout rentrerait dans l'ordre naturel; mais je me trompais, la matrice ne se contractait pas, et l'hémorrhagie persistait une demi-heure après; alors je lui donnai vingt-cinq grains d'ergot en poudre, et après cinq minutes, des coliques survinrent, des caillots de sang furent expulsés, et la matrice étant revenue sur elle-même, aucun autre accident ne vint troubler les relevailles.

Tous ces faits militent bien en faveur du seigle ergoté. Je pourrais en rapporter un plus grand nombre; mais le temps et les bornes de ce journal ne me le permettent pas, j'y renonce, me réservant d'y revenir plus tard.

Journ. de méd. et de chir. de Toulouse. — Janvier 1840.

Sur la nicotiane et sur son efficacité dans différentes affections morbides; par M. Szerlecki.

Nous avons déjà, dans des considérations générales assez étendues (Voyez cahier de décembre 1839, page 262), établi la valeur thérapeutique de la nicotiane, et montré suffisamment les propriétés spéciales, encore peu connues, et pourtant si remarquables dont elle jouit, pour que les praticiens considèrent désormais cette plante comme une ressource utile dans une foule de circonstances. Nous devons aujourd'hui aborder, d'une manière plus détaillée, les classes de maladies dans lesquelles nous n'avons fait qu'indiquer son emploi. Une chose aura frappé, sans doute, c'est la diversité d'action de la nicotiane, suivant les doses auxquelles elle est administrée, et l'analogie d'action qu'elle présente, dans certaines maladies, avec plusieurs autres médicaments. Aussi la nicotiane a, par ses effets, dans des cas pathologiques déterminés, la plus grande analogie avec la digitale, agissant sur le cœur, dans l'hémoptysie et les hémorrhagies; avec la digitale, comme diurétique, dans l'hydropisie; avec le tartre stibié, dans la pneumonie; avec la belladone, dans les hernies étranglées; avec l'opium, dans le tétanos; avec la noix vomique, dans les paralysies. C'est à établir, par des faits, ces propriétés curatives diverses, que nous allons consacrer cet article.

Hémoptysie. — Nous avons rapporté un grand nombre d'expériences physiologiques qui prouvent que la nicotiane agit puissamment sur les mouvements du cœur, et diminue, comme la digitale, le nombre de ses pulsations; nous avons établi de plus que, comme la digitale, le tabac était un excellent diurétique : ces propriétés ont été appliquées au traitement de l'hémoptysie et d'autres hémorrhagies, et au traitement des hydropisies.

M. Bauer m'a assuré avoir observé les plus heureux effets de l'emploi de la teinture de nicotiane, dans le traitement de l'hémoptysie active; il a observé, entre autres, un cas où le malade, pléthorique et en proie à une forte hémoptysie, ayant été traité, sans succès, par les saignées, par la digitale, par le nitre, l'élixir de Haller, etc., fut guéri par lui, par l'administration du tabac sous forme de teinture, à la dose de une à trois gouttes, toutes les deux heures.

Voici la formule de la teinture de nicotiane, telle qu'on la prépare dans nos officines; elle est très-active :

Prenez : Feuilles de nicotiane. . . 75 gram. (℥ ij ß).
Esprit de vin rectifié. . . 360 gram. (℥ xij).

Laissez digérer, pendant quelques jours, filtrez et conservez pour l'usage.

La dose que M. Bauer a employée, quoique peut-être trop faible pour le plus grand nombre des cas, n'est pourtant pas sans efficacité. Du reste, ces petites doses répétées ne peuvent manquer d'amener cette action déprimante sur la circulation dont il a été parlé. Dans un cas d'hémorrhagie active, où les saignées réitérées, et d'autres moyens, étaient sans effet, j'ai vu survenir, à la suite de la dose de trois gouttes, toutes les heures, cette action déprimante sur la circulation et les forces; le malade devint pâle, salivait beaucoup, avait des nausées, se sentait abattu, ses membres tremblaient. L'hémoptysie, qui reve-

Digitized by Google

nait auparavant tous les jours, et à un haut degré, cessa pendant quelques jours; et quoiqu'elle revînt de nouveau, elle ne fut pas aussi forte qu'auparavant. Du reste, si je n'ai pas employé le tabac dans d'autres cas d'hémoptysie, c'est que j'ai été assez heureux avec d'autres remèdes; particulièrement avec le nitrate de potasse, à hautes doses. Toutefois, ces cas méritent l'attention des praticiens. Les expériences de M. Schubarth ne laissent pas de doute sur l'action sédative de ce remède sur la circulation. Les effets que produit le tabac sur l'homme bien portant, sont aussi de nature à rendre compte de son action dans l'hémoptysie (et peut-être aussi dans d'autres hémorrhagies). En effet, le premier effet du tabac, ingéré à dose assez forte, est une action particulière sur les plexus nerveux qui envoient des filets à l'estomac. L'individu rejette une salive abondante, il a des nausées, des vomissements même; il devient pâle, faible; des sueurs froides couvrent sa figure. En un mot, on observe tous les symptômes qui surviennent après l'usage d'un vomitif, qui n'agit qu'à demi, et ne provoque pas de vomissements. Ainsi c'est, d'un côté, par son effet sédatif sur la circulation; de l'autre, par la dérivation sur les plexus nerveux gastriques (analogue à l'action de l'ipécacuanha à petites doses), que le tabac peut être très-salutaire contre l'hémoptysie.

Hydropisie. — Déjà, au dix-septième siècle, le tabac a été préconisé contre l'hydropisie, et notamment contre l'ascite. Magnenus assure qu'une décoction de nicotiane avait agi, entre ses mains, si fortement chez un de ses malades, sur les urines, qu'il avait été obligé d'en supprimer l'emploi. Plus tard, Fowler recommanda l'infusion suivante comme un remède souverain contre l'hydropisie.

Prenez : Feuilles sèches de tabac. . 30 gram. (℥j).
Eau bouillante. . . . . 500 gram. (℔j).

Laissez macérer, pendant une heure, dans un vase clos et au bain-marie; exprimez ensuite 120 grammes (℥iv) de cette infusion, et ajoutez, alcool rectifié, 60 grammes (℥ij).

Cette teinture se prend deux fois par jour, à la dose de 40 gouttes. Fowler a porté la dose successivement jusqu'à deux cents gouttes, en augmentant par cinq ou dix gouttes. Il rapporte vingt-deux cas différents d'hydropisie, dont la plupart ont été combattus par le tabac. Je ne citerai que très-brièvement quelques-uns des cas observés par Fowler. Une femme de quarante et un ans fut guérie par lui, en quatre jours, d'un œdème, avec ascite, qui s'était déclaré à la suite d'une fièvre intermittente; cette guérison fut due au tabac; elle prit par jour, dans un peu d'eau, trois doses de teinture de trente gouttes chaque, et l'infusion indiquée plus haut, aux mêmes doses et autant de fois. Une femme, âgée de quarante-quatre ans, a été délivrée d'une anasarque, qui était survenue à la suite d'une fièvre, en prenant, pendant dix jours, l'infusion de tabac, à la dose de cinquante gouttes, tous les soirs, et vingt-cinq gouttes tous les matins. Ce remède a, chez tous les malades, une action diurétique énergique (1).

Voici les résultats obtenus par Fowler, sur *trente et un* malades atteints d'hydropisie, qu'il a traités par le tabac.

Dix-huit malades guéris, dont : deux cas d'anasarque considérable; deux cas d'anasarque commençante; deux cas d'ascite bien caractérisée; douze cas d'œdème hydropique aux cuisses.

Dix malades soulagés; un cas d'anasarque, chez une personne scrofuleuse; un cas d'ascite complet, qui avait duré vingt ans, chez une femme de soixante-douze ans; huit cas d'œdème hydropique aux cuisses.

Trois malades non-soulagés; un cas d'anasarque, chez une femme de soixante et un ans; un cas d'ascite considérable, chez un homme de soixante-trois ans; un cas d'anasarque, compliqué d'ascite.

M. Garnett a également trouvé le tabac efficace dans l'hydropisie générale. M. Augustin, qui a retiré les plus grands avantages de ce médicament dans la même maladie, préconise la formule suivante :

Nicotiane en poudre et conserve de
roses, ana. 1 gr. 20 cent. (℈j).
Mucilage de gomme arabique, q. s., faites 60 pilules.

Prendre deux pilules, quatre fois par jour; porter à trois pilules par dose, et même plus, jusqu'à ce qu'il survienne des nausées. J. R. Schmitt, qui ordonne, contre l'ascite l'emploi intérieur d'une infusion de 1 gram. 20 centig. (℈j) de digitale et de 4 gram (ʒj) de gentiane, sur 180 gram. (℥vj) d'eau, avec 30 gram. (℥j) d'oxymel scillite à prendre toutes les heures, par cuillerée, prescrit pour aider ce traitement intérieur, des frictions avec le liniment suivant :

Feuilles de tabac et feuilles de digitale
pourprée. . . . . ana 12 gram. (ʒiij).
Faites infuser, dans eau bouillante. . 120 gram. (℥iv).

Ajoutez, après refroidissement :

---

(1) M. le professeur Fouquier a constaté depuis longtemps les vertus diurétiques du tabac; il a cité, dans le Bulletin de la Faculté de Médecine, l'observation d'un galeux qui, se frottant matin et soir les membres avec une décoction de tabac, éprouva pendant plusieurs jours des besoins fréquents d'uriner, avec des évacuations d'urine très-abondantes.

(*N. du Réd.*)

Digitized by Google

Extrait de scille, et huile de térébenthine, ana. 4 gram. (ʒj).
Jaunes d'œufs, n° 2.

Faites des frictions, deux ou trois fois par jour, sur la région des reins, avec une cuiller à café de ce mélange.

On a aussi recommandé l'emploi du tabac à l'intérieur contre l'hydrothorax. Bishorpic s'est bien trouvé, dans cette maladie, de la formule de Fowler.

Pneumonie. Le tabac, à dose un peu forte, a agi dans quelques cas de pneumonie à la manière du tartre stibié; comme ce médicament, il déprime les forces et a l'avantage chez les personnes atteintes d'inflammations des organes thoraciques, de diminuer la force et la fréquence du pouls, de modérer la réaction fibrile sans déterminer de vomissements, ce qui est l'inverse de son action chez les individus bien portants. Robert Page cite plusieurs observations de pneumonies guéries par le tabac, alors que l'aggravation allait croissant malgré le traitement antiphlogistique. Il s'est servi, dans ces cas, du lavement suivant, qu'il n'a pas eu besoin d'administrer plus d'une fois, dit-il: feuilles de tabac, 1 gram. *75 centig.* (35 grains), eau bouillante 360 gram. (℥xij), *faites infuser* pendant demi-heure, et administrez.

Hernies étranglées. Dans les hernies étranglées, dans l'ileus, dans les resserrements spasmodiques, la nicotiane agit de la manière la plus efficace, et son action, dans ces cas, se rapproche de celle de la belladone. Il y a, nous le rappelons, un phénomène caractéristique très-curieux qui distingue l'action de ces deux agents médicamenteux; pendant *que la belladone* dilate fortement la pupille, la nico*tiane la resserre* d'une manière spéciale; cet effet se produit même par son emploi topique sur l'œil.

Heister est l'un des médecins qui ont recommandé le plus les lavements de fumée de tabac dans les hernies étranglées. Entre autres cas il rapporte celui d'un homme qui était atteint d'une hernie étranglée depuis trois jours, avait des vomissements stercoraux et était très-affaibli; il fut complétement rétabli par les lavements de nicotiane, quoiqu'on l'eût cru voué à une mort certaine. « Depuis cette guérison, dit-il, j'en ai obtenu par le même moyen plusieurs autres, sans que jamais j'aie eu besoin de faire une herniotomie. » Des évacuations alvines précèdent immédiatement la rentrée de la hernie, *Heister* a remarqué avec raison qu'il faut saigner le *malade* avant, s'il est pléthorique, ou s'il existe une forte inflammation. Depuis, Heister, Schæffer et plusieurs autres habiles médecins, après lui, ont constaté l'efficacité de ce moyen, et ont proposé différents instruments pour introduire la fumée de tabac dans le rectum. L'appareil de Heister consiste en une pipe d'écume de mer, avec un conduit en cuir; la fumée est insufflée par la bouche. L'appareil de Lammersdorf, est plus compliqué, ainsi que le même appareil perfectionné par Hagen. Le soufflet de Gaub est également commode et très-convenable. L'appareil le plus simple serait, d'après le conseil de Richter, de se servir de deux pipes en terre, surtout à la campagne, où d'autres instruments manquent ordinairement. On remplit une de ces pipes de tabac, et après l'avoir allumée, on en introduit le tuyau, qui doit être bien enduit avec de l'huile, dans le rectum. On applique alors la tête de l'autre pipe sur celle de la première, on enveloppe ensuite les deux têtes avec du papier humecté, et l'on souffle par le tuyau de la deuxième pipe. Il est cependant à craindre qu'avec ce procédé, la pipe qui est très-fragile ne se casse dans le rectum. Dehaen vante également les lavements de fumée de tabac. « *Fumus tabaci*, dit-il, *per anum injectus, et in ileo et in hernia incarcerata summas in arte meretur laudes.* »

On préfère généralement aujourd'hui les lavements d'une décoction de feuilles de tabac, à ceux de la fumée; en effet, ils méritent la préférence, déjà par la raison qu'il est plus facile d'introduire une petite quantité de liquide dans le rectum, que la fumée du tabac qui, par son âcreté, dispose le rectum, qui est si sensible, à une contraction spasmodique. Richter dit, en parlant des appareils fumigatoires: « Que ceux qui ont inventé de pareils instruments, en ont fait ordinairement l'essai sur des cadavres; mais que ces essais ne prouvent rien; car jamais on ne peut introduire autant de fumée chez l'homme vivant, dont le rectum irritable se contracte convulsivement sous l'influence de cette fumée âcre, et en chasse toujours une partie mêlée au gaz. » Il dit, et après lui, Pouville et Pott, ont pensé de la même manière, qu'on doit préférer la décoction des feuilles de tabac aux lavements de fumée.

La dose de nicotiane que Richter avait indiquée 15 à 30 grammes (℥ß à ℥), est beaucoup trop forte; et il est probable que c'est une erreur typographique qui s'est glissée, dans la monographie d'ailleurs classique de Richter sur les hernies. Beaucoup d'auteurs, et particulièrement les auteurs de formulaires, ont reproduit cette erreur, qui peut être nuisible. Richter voulait probablement indiquer 2 gram. à 4 grammes (ʒß à ʒj.) Le médecin doit s'en souvenir, car il y aurait grand danger à employer la quantité exprimée dans cet ouvrage. Une bien moindre dose, une infusion de 8 grammes (ʒij) de feuilles, en lavement a amené quelque fois des effets funestes et même la mort. Cette terminaison n'est pourtant qu'une exception. S. Hahnemann croit que 50 centigr. (10 grains) de poudre de tabac infusés pendant un quart d'heure dans 360 à 500 g. (℥xij à xvj) d'eau bouillante, qu'on laisse ensuite refroidir, est une

Digitized by Google

dose suffisante pour servir de lavement à un adulte. Ce lavement doit encore, d'après le conseil du père de l'homœopathie, être partagé par moitié et administré en deux fois, en laissant un intervalle convenable. Cette dose peut-être assez forte dans des cas rares et chez des personnes d'une sensibilité exquise, est certainement trop faible dans la majorité des cas. Il faut ordinairement faire infuser 1 gr. 2 grammes à 4 grammes (20 grains ʒ ß à ʒj) de feuilles de tabac pour un lavement. On réglera la dose d'après l'individualité du malade. Pour des hommes robustes, accoutumés au tabac, on fera infuser, pour un lavement, 4 gram. (ʒj); chez des individus sensibles, au contraire, on emploiera une plus petite dose; on l'augmentera ensuite, s'il est nécessaire et si l'action du remède n'est pas assez énergique. Il est certain que l'action d'une infusion de feuilles de tabac, si elle n'est pas trop forte, administrée sous forme de lavement, est purement relâchante, ou bien narcotique si l'on veut, mais qu'il n'y a guère à craindre une inflammation intestinale, si toutefois les feuilles de tabac sont prises dans les pharmacies; car celles du commerce ont subi par une préparation qu'on appelle la *sauce* des propriétés irritantes. L'effet des lavements de décoction ainsi préparée est relâchant, antispasmodique, tandis que l'âcreté des lavements de fumée de tabac, âcreté qui est due au mélange empyreumatique, détruit l'effet narcotique et produit facilement une irritation et même une inflammation.

Les lavements de fumée de tabac ne seront indiqués que lorsqu'on aura besoin d'un remède stimulant, que l'atonie intestinale sera considérable; qu'il y aura accumulation d'une grande quantité de matières fécales dans la hernie. Les lavements d'infusion de tabac sont de beaucoup préférables dans les autres espèces de hernie étranglée, notamment dans la forme spasmodique. Ces lavements ne sont même pas absolument contre-indiqués dans les cas où il y aurait un commencement d'inflammation intestinale, car Abercrombie les recommande même dans l'entérite.

M. Pitschaff conseille également les lavements de tabac, qu'il ordonne et combine avec la belladone. Voici le traitement qui lui a le mieux réussi dans la hernie étranglée : d'abord une saignée médiocre, lorsqu'il y a pléthore ou inflammation; puis un bain tiède d'un quart d'heure de durée; ensuite, il faut couvrir la hernie d'une vessie de bœuf ou de cochon remplie de glace, ou à défaut de vessie d'une bouteille en verre, remplie de glace ou d'eau tenant en dissolution du sel et du nitre; on renouvelle fréquemment cette application. Dans les cas opiniâtres on applique quelques sangsues à l'anus. Il fait ensuite administrer un lavement composé d'une émulsion de térébenthine avec un jaune d'œuf et une infusion de camomille. Si tout cela ne produit pas d'effet satisfaisant, il prescrit un lavement composé d'une infusion de nicotiane et de belladone. Il ordonne pour les adultes, sur 240 grammes de liquide (℥viij), 1 gram. à 2 gram. (20 grains à ʒß), de belladone, et 8 grammes (ʒij) de nicotiane; il ne prescrit que la moitié de cette dose pour les enfants de sept à dix ans. Il fait ajouter à ce lavement une demi-cuillerée d'huile.

Il est très-essentiel d'apporter quelque persévérance dans l'emploi, soit des lavements de fumée de tabac, soit de ceux d'infusion. Il ne faut pas rejeter ce moyen, quand le premier lavement a échoué. Cependant il ne faut pas, comme on sait, perdre trop de temps avec les moyens pharmaceutiques; il ne faut pas attendre que la gangrène intestinale s'oppose à la dernière ressource qu'on a pour sauver le malade, l'opération. Richter a conseillé, dans le cas où l'on emploie les lavements de fumée, d'en continuer, au moins pendant une heure, l'usage; il cite Pott pour exemple, qui était très-souvent obligé d'user 60 grammes (℥ij) de tabac, avant que l'effet désiré ne se montrât. — Je ne puis passer sous silence le conseil utile de Richter et de Pott, de mettre le malade, après lui avoir administré le lavement de tabac, dans un bain chaud, et d'essayer la réduction dans le bain. Pott a pratiqué ce procédé dans un cas avec un plein succès.

On a recommandé aussi d'administrer le tabac à l'intérieur. Richter assure avoir sauvé quatre individus, qui semblaient déjà être voués à une mort certaine, par l'administration de la potion suivante :

Prenez : nicotiane. . . . . 12 gram. (ʒiij).
Racine de rhubarbe en poudre. 8 gram. (ʒij).

Faites bouillir dans eau de fontaine, quantité suffisante pour obtenir 240 grammes (℥viij), à prendre par forte cuillerée à bouche, d'heure en heure. Ce médicament lui a semblé calmer les vomissements, tandis que tous les autres remèdes étaient vomis. Ce n'est que la première dose qui était quelquefois rejetée : les autres étaient gardées. — Pfaff a publié une observation où la réduction de la hernie ne fut obtenue qu'après que le malade eut fumé et avalé la fumée. M. Wallace n'approuve pas l'emploi du tabac en lavements, mais il conseille de le faire fumer au malade jusqu'à ce que celui-ci ressente des nausées. A la dernière séance de la société des médecins du Haut-Rhin, qui eut lieu à Mulhouse, M. Bauer communiqua les excellents effets du tabac qu'il a observés dans plusieurs cas de hernie étranglée. Il l'emploie sous forme de la teinture dont nous avons indiqué la formule au commencement de cet article. Il la donne à la dose de dix gouttes toutes les une ou deux heures, à l'intérieur, et à celle de trente

Digitized by Google

gouttes, dans un lavement simple, qu'il fait prendre de deux heures en deux heures. Il l'emploie avec persévérance, et il a déjà observé des cas où l'effet salutaire ne survenait qu'au bout de trente à quarante-huit heures. Le tabac, employé de la sorte, fait rentrer la hernie spontanément, sans le secours extérieur, et provoque plusieurs selles. M. Muhlenbeck a communiqué, à la même séance, deux cas de hernie étranglée dont deux époux étaient atteints. Il prescrivit la teinture de nicotiane, à la dose de douze gouttes, d'heure en heure à l'intérieur, et à celle de trente gouttes en addition dans le lavement. Dès la troisième dose, la hernie était, chez l'une de ces personnes, rentrée complétement, et chez l'autre les accidents avaient disparu, et tout faisait espérer le même résultat prochain. M. Muhlenbeck fit cesser l'emploi de la nicotiane; lorsqu'il revint le lendemain, la hernie existait encore sur le second malade; il fit reprendre le tabac, et bientôt après, la réduction spontanée se fit d'une manière complète (1).

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Janvier 1840.

Nouvelle méthode opératoire pour les kystes séreux et synoviaux.

Il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion de rencontrer de ces petites tumeurs enkystées, remplies d'un liquide d'apparence synoviale, et auxquelles on a donné fort improprement le nom de *ganglions*. On les trouve, en général, au voisinage *des tendons* et des articulations; elles sont simples *ou multiples*, variant en grosseur du volume d'une aveline à celui d'un petit œuf; et nous sommes arrivés jusqu'au dix-neuvième siècle sans rien savoir de positif sur leur nature. « Toutes semblent constituées, dit M. Velpeau, par un cul-de-sac, une hernie, un appendice des cavités synoviales naturelles, dont le collet se serait oblitéré par l'effet d'une cause quelconque; » et il en reconnaît deux classes : 1° les *kystes synoviaux articulaires*; 2° les *kystes synoviaux tendineux*. Une opinion plus générale les regarde comme formées par une dilatation, et comme une sorte d'anévrysme des synoviales tendineuses, mais qui auraient gardé leur communication avec ces synoviales; il n'y a pas plus de faits en faveur de cette opinion que de l'autre; ce sont deux hypothèses, et voilà tout.

Mais ce qui est moins hypothétique, c'est la difficulté qu'on éprouve fréquemment à en obtenir la cure radicale. Quelques praticiens disent avoir employé avec succès de simples topiques; mais comme on a vu quelquefois ces tumeurs disparaître d'elles-mêmes, soit pour un temps, soit pour toujours, il se pourrait fort bien que le chirurgien se fît honneur d'une guérison due seulement à la nature; et du reste, l'inefficacité de ces moyens est trop démontrée, dans la grande majorité des cas, pour leur accorder beaucoup de confiance. On peut en dire autant du vésicatoire. Le moxa et les caustiques, hasardés dans quelques cas, ont eu aussi leurs guérisons; moyens extrêmes, et auxquels je ne voudrais nullement me fier en pareille circonstance. J'ai employé la compression, qui ne m'a jamais réussi; l'écrasement, qui n'est pas toujours facile, et qui, dans les cas les plus heureux, laisse presque toujours le malade exposé à une récidive; la ponction, souvent insuffisante pour vider la tumeur, et dont je n'ai jamais vu obtenir une seule guérison. Quant aux opérations plus graves, l'incision, l'extirpation, le séton; la crainte de quelque communication entre la tumeur et une synoviale, m'avait toujours empêché d'y avoir recours, à part le désagrément d'une suppuration longue et d'une cicatrice aussi difforme que la maladie elle-même. Tout bien considéré, j'en étais donc à regarder ces petites tumeurs synoviales comme des affections heureusement de peu d'importance, mais, en quelque sorte, moins embarrassantes pour le malade que pour le chirurgien.

Lorsque je pris le service de M. Gerdy à la Charité, au commencement de septembre dernier, il y avait depuis un mois dans la salle des femmes, une jeune fille de vingt ans, qui portait un si grand nombre de ces tumeurs, qu'on aurait été tenté d'accuser une espèce de diathèse. Elle en avait au côté interne et externe de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit; au côté interne de l'articulation tibio-tarsienne gauche; au côté interne des deux genoux; au côté externe du genou droit; à la face dorsale de la main gauche; sur le trajet des tendons qui se rendent au pouce de ce même côté, etc. Elle racontait que jusqu'à sept ans elle avait joui d'une parfaite santé; à cette époque elle avait eu la rougeole; et à la suite de cette maladie elle avait commencé à ressentir des douleurs articulaires variant quant au siége et à l'intensité, et qui l'avaient quittée seulement à l'âge de quinze ans. A ces douleurs se joignirent bientôt des picotements particuliers dans les pieds et au pourtour des malléoles, et quelques mois après survinrent les tumeurs, dont quelques-unes datent ainsi environ d'une dizaine d'années. Celles du cou-de-pied parurent les premières, puis celles des ge-

---

(1) Pour terminer l'analyse du volumineux et important travail de M. Szerlecki, il nous restera, dans un prochain article, à examiner l'action de la nicotiane dans l'iléus, l'ischurie, la coqueluche, le tétanos et les paralysies.
(*N. du Réd.*)

Digitized by Google

noux ; la menstruation s'établit à seize ans d'une manière régulière sans rien changer à cet état de choses ; loin de là, ce fut quelque temps après que se montrèrent les tumeurs des mains.

Or, bien que ressemblant aux ganglions synoviaux par leur siége, leur volume, leur résistance, ces tumeurs présentaient cependant ceci de particulier, qu'elles étaient manifestement composées par une réunion de petites poches en très-grand nombre et sans communication les unes avec les autres. En vain on essayait de faire refluer le liquide par la compression ; et ces tentatives permettaient même de penser qu'il n'y avait pas non plus de communication avec les gaînes des tendons sous-jacents ; mais d'une autre part, la multiplicité des tumeurs écartait l'idée de graves opérations. Aussi M. Gerdy s'était borné à prescrire des bains de vapeur et des fumigations qui n'avaient eu aucun résultat ; je les fis continuer quelques jours encore ; après quoi j'annonçai à la malade que je n'avais plus rien à lui faire, et qu'elle devait quitter l'hôpital.

A cette nouvelle, la pauvre fille se mit à pleurer et à se désespérer, me suppliant de la garder encore, et déclarant qu'elle était disposée à tout pour se débarrasser de ses tumeurs. Elles ne lui causaient pas beaucoup de gêne ; mais celle de la main gauche et celles des malléoles déterminaient une difformité assez fâcheuse ; et la malade n'avait que vingt ans.

Sa désolation et sa bonne volonté me touchèrent, et je la gardai. Il ne s'agissait plus que d'imaginer un moyen de traitement convenable ; j'ai déjà dit que l'écrasement et la ponction ne m'inspiraient aucune confiance ; je n'aurais pas voulu, vu le nombre des tumeurs, recourir aux incisions. En y réfléchissant, je pensai qu'on pourrait appliquer là, avec avantage, les incions sous-cutanées sur lesquelles M. J. Guérin avait récemment éveillé l'attention des chirurgiens ; et voici le procédé très-simple que je mis à exécution, d'abord sur la tumeur de la face dorsale de la main gauche.

La tumeur étant comprimée latéralement avec le pouce et l'indicateur gauches, de manière à lui donner un degré considérable de tension, et à l'allonger dans le sens de l'axe du membre, je pris un bistouri droit à lame un peu étroite que je portai, tenu à plat et parallèlement à la peau, à l'extrémité inférieure du grand diamètre de la tumeur : j'enfonçai l'instrument jusqu'au talon pour dépasser l'autre extrémité, sans cependant atteindre la peau ; et alors retournant la lame de champ, je tins ainsi écartées les lèvres de la petite ouverture pour faciliter l'issue de la synovie que j'expulsai par la compression. Il n'en sortit toutefois qu'une petite partie, les locules latérales étant demeurées intactes. Alors ramenant la lame à plat, je fis exécuter à la pointe un quart de cercle complet du côté gauche, de manière à couper par-dessous la peau tout ce qui se présentait sur son passage jusqu'à quelques lignes au delà des limites de la tumeur ; je retournai le tranchant à droite, où j'opérai une section semblable ; puis je le retournai en haut, du côté de la peau, et divisai de la même manière toutes les enveloppes de la tumeur ; enfin, portant la pointe en bas, je labourai les parois les plus profondes du kyste, en retirant cette fois le bistouri, et prenant bien soin de ne pas trop appuyer, de peur de léser les tendons sous-jacents. On voit que dans les trois premières sections, le bistouri était toujours demeuré sous la peau ; les mouvements en arc de cercle se faisaient avec la pointe et la lame, le talon demeurant dans l'ouverture cutanée qui servait de centre à tous ces mouvements ; et le résultat fut que nous avions coupé la tumeur d'avant en arrière et de droite à gauche, absolument, pour me servir d'une comparaison vulgaire, comme une pomme en quatre quartiers, sans avoir une incision extérieure de plus de trois lignes. Je comprimai doucement la tumeur pour évacuer toute la synovie ; j'appliquai par-dessus des plaques d'agaric surmontées d'épaisses compresses pour maintenir une compression molle et efficace à la fois ; et je laissai ainsi les choses à elles-mêmes pendant huit à dix jours. Quand je levai l'appareil, la petite plaie était cicatrisée, et à peine si on en voyait la trace ; la tumeur était vide, aplatie ; la compression fut réappliquée pendant cinq à six jours encore, après quoi nous l'enlevâmes tout à fait. Voici quel fut le résultat. La presque totalité de la tumeur resta abaissée, comme si ses parois s'étaient recollées ; et ne faisait sous la peau qu'une très-légère saillie due, à l'épaisseur de ces mêmes parois ; et plus d'un mois après il n'y avait encore aucune menace de récidive. Mais à l'extrémité droite de la tumeur, il était resté un petit kyste roulant sous la peau, du volume d'un gros pois, et qui avait échappé à l'instrument ; on voit qu'il avait également résisté à la compression. Ce fut pour nous un avis de mieux rechercher tous ces petits kystes dans les opérations qui nous restaient à faire, et on va voir que la difficulté n'en fut pas pour cela plus aisée à surmonter.

Nous attaquâmes en second lieu la tumeur du côté interne du pied gauche, reposant contre la malléole interne et recouvrant les tendons qui la longent en arrière et en bas. Le procédé fut le même ; seulement je multipliai les incisions intérieures pour détruire tous les kystes ; et j'appliquai la compression. Ici le succès fut moins heureux ; la bande se relâcha, et le sixième jour, comme il avait fallu renouveler l'appareil, je m'aperçus que plusieurs kystes m'avaient encore échappé, que le reste de la tumeur commençait à se remplir, et que la petite plaie n'était pas fermée. La crainte me vint qu'il ne se fût formé un abcès, attendu que quelques gouttes de

Digitized by Google

pats apparaissaient dans cette plaie; mais en comprimant la tumeur, je ne pus rien faire sortir au dehors; la compression rétablie entraîna en quelques jours la cicatrisation de la plaie, sans remédier toutefois à la récidive de la tumeur; et dix jours après nous recommençâmes l'opération.

Instruit cette fois par l'expérience, je dénonçai aux élèves et à plusieurs médecins qui me faisaient l'honneur de suivre ma clinique, cette difficulté nouvelle et inouïe dans l'histoire des ganglions, que nous allions rencontrer encore. L'opération fut pratiquée à l'amphithéâtre; après la ponction et les quatre incisions en croix, je retirai l'instrument, et je fis constater aux personnes présentes qu'il restait une notable portion de la tumeur, encore intacte et résistante. Je reportai le bistouri, à travers l'incision, vers les points résistants; je les incisai, et, pour ainsi dire, je les sabrai en tous sens; puis, le bistouri retiré, il resta de la résistance encore. Il fallut le réintroduire deux autres fois; après quoi seulement nous pûmes croire que le but avait été atteint. La compression fut établie, et soutenue cette fois par un *bandage* dextriné; dix jours après, on l'enleva : la *cicatrice était faite* depuis longtemps, et la tumeur avait *complétement* disparu, sauf la légère saillie résultant *de la* présence des parois des kystes.

Nous opérâmes de la même manière la tumeur du pied droit; et j'étais décidé à poursuivre ainsi toutes les tumeurs les unes après les autres, lorsque, M. Gerdy reprit son service. La malade sortit de l'hôpital, et je ne l'ai point revue; mais jusqu'à sa sortie, il n'y avait pas eu le plus léger indice de récidive.

Ces premiers résultats étaient de nature à nous *encourager*. Il se présenta fort à propos, dans le service, deux autres malades sur lesquels il y avait lieu d'essayer la même méthode. Cette fois, il ne s'agissait plus de ganglions, mais de ces tumeurs séreuses, auxquelles on a donné le nom d'*hygroma*, et qui siégent dans les bourses synoviales sous-cutanées, et de préférence dans celle de la rotule. On a conseillé aussi contre ces tumeurs une foule de procédés; mais il n'est guère resté dans la pratique que l'incision, adoptée par la plupart des chirurgiens, et les injections isolées, pratiquées par M. Velpeau avec avantage. Les inconvénients de l'incision sont bien connus : elle entraîne à sa suite une suppuration longue, une cicatrice difforme, et quelquefois *elle n'empêche* pas la tumeur de récidiver. Nous avions *précisément* sous les yeux un exemple de la longueur de ce traitement, dans la personne d'un jeune homme opéré par M. Gerdy d'un hygroma sus-rotulien, et dont la cicatrice n'était pas encore achevée, après un mois de séjour à l'hôpital. Les injections de M. Velpeau seraient donc à tous égards préférables; mais, deux circonstances s'opposent à leur emploi : le trocart devant pénétrer par un coup sec et assez énergique, il est besoin que la tumeur soit assez volumineuse, pour que l'instrument s'arrête à temps et n'aille pas s'égarer dans les chairs; et d'un autre côté la canule, étant nécessairement d'un calibre fort restreint, ne saurait livrer passage aux corpuscules fibro-cartilagineux qui occupent souvent l'intérieur du kyste; dans ce dernier cas, M. Velpeau ne s'en fie pas même à l'incision simple, il en fait quatre, d'un pouce environ chacune : l'une au-dessus, l'autre au-dessous et une de chaque côté, le plus près possible de la circonférence du sac; il fait suppurer ces incisions, et obtient ainsi une complète agglutination des parois du kyste, dans l'espace de trois semaines. Encore a-t-il vu un cas de récidive; et il a soin de prévenir le lecteur des dangers qui peuvent accompagner une semblable opération, surtout près de la rotule.

Or le premier sujet qui se présenta à nous portait précisément un kyste sus-rotulien de près de quatre pouces de longueur sur deux pouces et demi de largeur, et faisait entendre un froissement bruyant qui accusait la présence de nombreux corpuscules cartilagineux. La jambe étendue, le kyste comprimé sur les côtés, j'enfonçai, à la partie la plus inférieure, un bistouri à lame très-longue, porté à plat jusqu'à l'autre extrémité du diamètre longitudinal de la tumeur, et, plaçant la lame de champ, je fis sortir avec une grande facilité un liquide séreux, jaunâtre, dans lequel nageaient des centaines de petits corps blancs, durs, résistants à la pression, du volume d'un grain de millet à un grain de riz. Les quatre incisions sous-cutanées furent pratiquées ensuite à l'ordinaire, le bistouri retiré, une compression solide exercée à l'aide d'agaric, de compresses et d'une bande imbibée de dextrine, après avoir d'abord entouré toute la jambe d'un simple bandage roulé pour prévenir l'œdème; et le douzième jour, quand nous levâmes tout cet appareil, l'agglutination des parois du kyste paraissait parfaite. Nous retînmes le malade encore quinze jours à l'hôpital, où il allait et venait à sa fantaisie, sans qu'il survînt le moindre gonflement ni la moindre menace de récidive.

Dans l'autre cas, le succès fut moins complet; et je pense qu'il faut l'attribuer à la précipitation avec laquelle on leva l'appareil. J'avais laissé, comme on a vu, la compression permanente durant dix à douze jours dans mes premiers essais; cela me parut bien long : je voulus voir si la guérison ne pourrait pas s'obtenir plus vite. Voici quel fut le résultat.

Une domestique, âgée d'une vingtaine d'années, entra à la salle Sainte-Rose pour un hygroma sus-rotulien, du volume d'un œuf de pigeon, qui datait seulement de quelques semaines. Elle ne savait à quoi l'attribuer; il était survenu sans inflammation aucune, et seulement il avait été précédé de quelques

Digitized by Google

douleurs dans le mollet correspondant. La malade était d'ailleurs d'une constitution molle et lymphatique; elle n'avait jamais joui d'une santé robuste, et avait eu une fluxion de poitrine et des douleurs d'estomac presque continuelles, depuis deux ans qu'elle habite Paris.

A raison du peu d'ancienneté de la tumeur, je voulus essayer ce que produirait la compression; et pendant six jours, elle fut appliquée avec toutes les précautions requises. Après ce temps, la tumeur n'ayant point diminué, je pratiquai l'opération par le procédé qui a été décrit, et je mis l'appareil comme dans le cas précédent. Dans les premiers jours qui suivirent, la malade accusa des douleurs assez aiguës dans le genou et dans toute la jambe; l'appétit diminua; la langue devint sèche et pâteuse, et il y eut un petit mouvement de fièvre; mais tout cela disparut dès le quatrième jour. Le septième, je pensai que la consolidation devait être opérée, et j'enlevai l'appareil. La plaie extérieure était cicatrisée, la tumeur parfaitement aplatie; nulle douleur dans le lieu qu'elle avait occupé, mais des élancements assez vifs vers le bord interne et inférieur de la rotule, sans rougeur à la peau. Je fis mettre un cataplasme; il en résulta un léger empâtement du genou et des douleurs dans la jambe; comme elles semblaient de nature purement nerveuse, je ne m'occupai que de l'empâtement, et fis rétablir la compression. Soit par hasard, soit par l'influence de cette compression, les douleurs cédèrent. Quatre jours, après la compression levée de nouveau, la malade put se promener dans les salles : la tumeur avait absolument disparu. Mais le lendemain à la visite, nous constatâmes un peu d'empâtement, et en cherchant à obtenir la fluctuation, on parvenait, quoiqu'à grand' peine, à découvrir une petite couche de liquide qui ne semblait pas avoir plus d'une ligne d'épaisseur. Après deux jours de repos et de compression, cette couche avait disparu encore; elle revint dès que la malade se mit à marcher, sans cependant acquérir plus de volume; et c'était si peu de chose que la malade elle-même ne s'en apercevait pas. Elle était encore dans cet état quand je quittai le service, et quelques jours après on la renvoya de l'hôpital.

Telles sont les circonstances dans lesquelles j'ai employé cette nouvelle méthode opératoire, et tels sont les résultats que j'ai obtenus. Ce qui doit frapper avant toutes choses, c'est sa simplicité et son innocuité; il ne faut qu'un simple bistouri droit pour l'exécuter; et dans les derniers cas, je ne cherchai pas même une lame plus étroite que celle des bistouris ordinaires; l'incision externe n'a jamais que trois ou quatre lignes d'étendue; et dans tous les cas la cicatrisation s'en est faite par première intention, hors un seul où il y eut quelques gouttes de pus sans communication avec l'intérieur. Les chirurgiens ont écrit que dans les grandes incisions, les ablations de tumeurs, les amputations, la section de la peau est la plus douloureuse; je pense que ces incisions sous-cutanées feront revenir sur cette opinion trop légèrement adoptée. En effet, les quatre mouvements du bistouri en arc de cercle, dans le tissu cellulaire cependant et sans toucher à la peau, ont déterminé les douleurs aussi vives que j'en aie jamais vu résulter d'une incision de la peau; je dirai plus : la ponction par laquelle le bistouri est tourné en avant et laboure la face interne du derme, est moins douloureuse que les trois autres. Malgré ces douleurs, jamais il n'y a eu d'inflammation consécutive; une seule fois on a vu un léger mouvement fébrile qu'il faut peut-être attribuer à l'état général de la malade. Quant aux résultats, les chirurgiens apprendront par mon exemple que, pour les assurer, il faut maintenir la compression au moins dix à douze jours.

On conçoit que ce procédé peut s'étendre à toutes les tumeurs du même genre, pourvu qu'il n'y ait pas d'inflammation. Il s'est présenté dans le service un autre cas de tumeur sus-rotulienne, mais avec douleur, rougeur à la peau, et tous les caractères d'une suppuration aiguë; naturellement j'ai agi comme pour un abcès ordinaire, et j'ai incisé largement avec le bistouri. Peut-être est-il bon toutefois d'insister sur un point : les chirurgiens incisent d'ordinaire sur le centre du genou et dans la direction de l'axe du membre; il en résulte une cicatrice qui est exposée à être comprimée et heurtée quand le sujet se met à genoux, et même à être froissée dans les flexions un peu étendues de la jambe, si le sujet porte des pantalons à sous-pieds. Je préfère en conséquence faire l'incision longitudinale sur le côté externe de la tumeur; ce fut ainsi qu'elle fut pratiquée sur le sujet en question, et la guérison n'en fut pas moins rapide.

Pour revenir à l'incision sous-cutanée, ne pourrait-on pas aussi en faire usage contre l'hydrocèle? L'occasion m'a manqué de tenter cette application; mais je lis dans un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux* (16 janvier 1840), que M. Jobert a opéré à peu près ainsi un hydrocèle énorme, en enfonçant dans la tumeur un bistouri droit et faisant exécuter au tranchant et à la pointe un mouvement d'un quart de cercle, de manière à diviser la paroi antérieure de la tunique vaginale; le succès a été complet. M. Barthélemy a également publié dans la *Gazette médicale* du 7 décembre dernier, l'observation d'un ganglion opéré par incision sous-cutanée, et par un procédé qui lui est propre; mais ce procédé consistant à peu près uniquement dans l'emploi d'un instrument spécial, ne saurait l'emporter sur le bistouri. Enfin, peut-être en viendra-t-on un jour à tenter quelque chose de semblable

Digitized by Google

pour les hydarthroses ; et déjà j'ai fait voir dans de nombreuses occasions qu'un coup de trocart dans une articulation hydropique, en vue d'évacuer le liquide, est aussi innocent que dans l'hydrocèle ; mais je craindrais que l'action du bistouri n'entraînât d'autres conséquences ; et jusqu'à ce jour au moins, je n'ai pas osé y recourir. MALGAIGNE.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.—Janvier 1840.

REVUE RÉTROSPECTIVE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS. — *Observations de calculs vésicaux*, recueillies en 1838 par M. GUSTAVE LETENNEUR, ancien interne des hôpitaux, etc., D. M. à Challans (Vendée).

Depuis que le domaine de la chirurgie s'est agrandi par la découverte de la lithotritie, l'opération de la taille n'est plus pratiquée que dans des cas rares, je dirai presque exceptionnels. En effet, un certain nombre d'hommes de talent dont les noms resteront attachés à l'histoire de la lithotritie cultivent d'une manière toute spéciale cette partie de la chirurgie, et attirent à eux la plupart des calculeux qui ne viennent plus qu'en petit nombre s'adresser aux chirurgiens des hôpitaux. Il ne faut donc pas s'étonner s'il est aujourd'hui possible de suivre pendant toute une année un service de clinique chirurgicale sans être à même d'observer un seul cas de calcul vésical. Aussi ai-je recueilli avec empressement les observations de sept calculeux qui sont venus, pendant l'année 1838, réclamer les secours de M. Roux, dont j'étais alors interne.

Chez deux de ces malades seulement, on a employé la lithotritie ; chez les cinq autres, on a dû recourir à l'opération de la taille. Sur ces cinq derniers, trois sont morts quelques jours après l'opération, les deux autres ont été parfaitement guéris. Enfin, des deux malades opérés par la lithotritie, l'un a obtenu une guérison très-rapide, l'autre est obligé de se soumettre fréquemment à de nouvelles pratiques de lithotritie, son calcul se reproduisant avec la plus grande facilité.

La lithotomie sera désormais suivie proportionnellement de moins de succès que la lithotritie, puisque la lithotomie est presque exclusivement réservée pour des cas insolites et souvent extrêmement graves dans lesquels la lithotritie est impuissante ou dangereuse. C'est précisément en considérant cette gravité et les difficultés toujours nouvelles qui accompagnent les opérations de taille pratiquées aujourd'hui, que j'ai cru devoir publier avec quelques détails quatre des observations de taille qui ont présenté des circonstances vraiment remarquables, et ne donner qu'en abrégé l'histoire de mes trois premiers malades.

Le peu de ressemblance qui existe entre ces différents cas ne me permet pas de les considérer d'une manière générale ; mais chaque observation en particulier me paraît digne d'intérêt.

Calcul mural ; guérison par la lithotritie.

OBS. I. — Delavigne, âgé de 20 ans, jardinier, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque, il commença à éprouver vers la vessie un ensemble de symptômes qui s'accrurent graduellement pendant trois ans.

Au mois de décembre 1837, un des chirurgiens les plus distingués de la province, soupçonnant la présence d'un calcul dans la vessie, pratiqua le cathétérisme, mais ne reconnut pas la maladie.

A la fin du même mois, Delavigne vint à l'Hôtel-Dieu, où M. Roux constata l'existence d'un calcul mural, de six lignes de diamètre. Il était libre dans la cavité de la vessie ; l'état satisfaisant de cet organe permit d'employer la lithotritie, et le calcul, malgré sa dureté, fut broyé en trois séances, au moyen du brise-pierre de M. Heurteloup. Les débris de la pierre furent chassés par les urines ; mais deux fragments plus volumineux que les autres se sont successivement arrêtés dans le canal de l'urèthre, et ont été extraits avec une petite curette brisée.

Delavigne sortit de l'hôpital le 20 février. Nous l'avons revu trois mois après, et un examen très-attentif a montré que la guérison s'était parfaitement maintenue.

Calcul existant depuis deux ans ; guérison momentanée par la lithotritie ; récidives.

OBS. II. — Le nommé Pers, surveillant à la Conciergerie, âgé de 59 ans, ressentait depuis deux ans les symptômes de la pierre lorsque, le 25 octobre 1838, il entra à l'Hôtel-Dieu, où il resta jusqu'au 27 novembre. Durant ce temps, cinq séances de lithotritie avaient suffi pour le délivrer de son calcul. Les débris qu'on put recueillir réunis et desséchés pesaient plus de quatre gros. Pers reprit ses occupations et paraissait entièrement guéri. Mais dans le courant du mois de janvier 1839, il éprouva dans les reins des douleurs très-vives, à la suite desquelles reparurent tous les symptômes qui caractérisent la présence d'un calcul dans la vessie. Pers revint passer quatre jours à l'hôpital, et le nouveau calcul qui avait environ le volume d'une noisette fut broyé complétement en deux séances.

On recommanda au malade l'usage des bicarbonates alcalins ; mais, malgré leur usage, de légères douleurs dans les reins se font fréquemment sentir ;

Digitized by Google

et le malade revient presque tous les mois, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, se faire débarrasser des petits calculs qui se reproduisent si rapidement. Du reste, il supporte l'opération avec la plus grande facilité puisque sitôt qu'elle est terminée, il retourne chez lui à pied.

En jetant un coup d'œil sur les deux observations précédentes, on peut s'étonner au premier abord, qu'un calcul mural d'un assez gros volume ait cédé aussi facilement à la lithotritie, tandis que pour un calcul d'une densité moins considérable, on n'a pas obtenu de résultats aussi satisfaisants ; mais on sait (et l'observation première en est un exemple remarquable) que les calculs d'oxalate de chaux, malgré les aspérités dont ils sont hérissés, peuvent séjourner très-longtemps dans la vessie, sans avoir d'influence fâcheuse sur l'état de cet organe ; ces calculs sont d'ailleurs presque toujours solitaires, et une fois détruits ils ne se reproduisent que très-rarement. Il n'en est pas de même des calculs d'acide urique, qui souvent sont multiples et se reproduisent avec la plus grande facilité. C'est précisément cette dernière circonstance qui rend la lithotritie en partie infructueuse chez notre deuxième malade.

On ne doit pas cependant regretter d'avoir eu recours à ce moyen, surtout en considérant combien le malade supporte aisément l'opération, et, d'un autre côté, sans avoir l'avantage de prévenir la récidive de la maladie, la lithotomie, surtout lorsqu'elle doit être pratiquée plusieurs fois, est toujours plus grave que la lithotritie.

Calcul volumineux ; symptôme de l'affection existant depuis 27 ans ; taille latéralisée avec le gorgeret de Hawkins ; guérison.

Obs. III. — Le nommé Woëts, cordonnier, âgé de 31 ans, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 13 janvier 1838. Cet homme nous raconta que lorsqu'il était enfant sa mère le réveillait habituellement la nuit pour le faire uriner, mais qu'abandonné à l'âge de 4 ans aux soins d'une domestique qui le maltraitait, il fut obligé de retenir ses urines. Depuis ce temps-là, il éprouva dans la verge des douleurs vives qui provoquaient des tiraillements de cet organe. Le jet de l'urine était souvent interrompu, et les efforts considérables que Woëts était obligé de faire pour uriner causèrent une chute du rectum. Cette dernière maladie dura huit ans et disparut spontanément. L'urine contenait souvent du sang, surtout après un exercice un peu prolongé. Malgré ces accidents, la santé générale de Woëts se maintint assez bonne jusqu'à l'âge de 29 ans. C'est à partir de cette époque que la douleur devint continue et beaucoup plus intense qu'auparavant, et que les forces et l'embonpoint disparurent ; enfin, lorsqu'il vint à l'Hôtel-Dieu, il y avait un mois que Woëts éprouvait régulièrement tous les soirs un peu de fièvre.

L'urine était claire et limpide, et la vessie très-peu sensible au contact des instruments ; mais le calcul était trop volumineux pour qu'on pût espérer en triompher par la lithotritie.

On mit pendant quelque temps le malade à l'usage de boissons mucilagineuses, de lavement émollients, de bains généraux ; et le 31 janvier, M. Roux lui pratiqua la taille latéralisée avec le gorgeret de Hawkins. Aucun incident imprévu ne vint entraver les manœuvres de l'opération qui fut terminée avec une rapidité extraordinaire, le calcul ayant été saisi convenablement dès la première tentative.

Les suites de l'opération furent très-heureuses, puisque vingt-deux jours après l'urine ne sortait plus par la plaie du périnée dont la cicatrisation ne se fit pas attendre.

Woëts avait déjà repris de la fraîcheur et de l'embonpoint lorsqu'il quitta l'hôpital, deux mois après son entrée, six semaines après l'opération.

Le calcul avait deux pouces et quelques lignes dans son plus grand diamètre, et un pouce dans son plus petit ; sa surface était très-unie.

Quoique la maladie existât depuis vingt-sept ans, et que le calcul fût volumineux, Woëts se trouvait dans des conditions très-favorables. Aussi sa guérison a-t-elle été prompte et complète.

Calcul mural adhérent ; taille bilatérale ; tentatives inutiles d'extraction par le périnée ; taille hypogastrique ; opération très-laborieuse ; mort le quatrième jour.

Le nommé Lhéritier (Étienne), âgé de 40 ans, cultivateur, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 22 janvier 1838. Il éprouva, il y a six ans, sans causes appréciables, les premiers symptômes d'un calcul vésical : douleurs dans la vessie se prolongeant le long du canal de l'urèthre jusqu'au gland, et devenant très-vives lorsque le malade essayait de chasser les dernières gouttes d'urine ; écoulement d'une petite quantité de sang par l'urèthre. Ces symptômes ne s'accrurent que très-lentement pendant deux ans ; mais en 1836 les douleurs devinrent plus fortes et se prolongèrent vers les reins. Le jet de l'urine était souvent interrompu ; ce liquide, qui jusqu'alors avait été clair et limpide, prit une teinte blanchâtre et opaque ; les efforts que nécessitait son excrétion déterminèrent la formation de tumeurs hémorrhoïdales volumineuses. Enfin lorsque le malade fut soumis à notre observation, il avait depuis quelque temps une incontinence complète d'urine.

Pendant le mois de décembre 1837, un chirurgien essaya deux fois d'introduire les instruments de lithotritie dans la vessie ; mais il trouva cet organe

Digitized by Google

trop rétréci et ne put saisir le calcul; néanmoins il s'en détacha après ces tentatives deux petits fragments noirâtres, arrondis et très-durs.

Depuis ce temps, il est survenu de la fièvre, du dévoiement et un amaigrissement rapide. Ces accidents qui causèrent l'insomnie et plongèrent le malade dans un découragement fâcheux existaient encore lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu; ils furent combattus par des bains tièdes, des préparations opiacées en potions et en lavements; et, enfin, par des tisanes mucilagineuses. En quelques jours, ces symptômes disparurent, et le 31 janvier, l'état du malade permit d'entreprendre l'opération de la taille bilatérale. Cette méthode fut préférée à la taille latéralisée, non parce que le calcul avait un volume considérable, mais parce qu'à plusieurs reprises, en explorant la vessie, M. Roux avait inutilement essayé de la circonscrire avec la sonde, ce qui lui permit de constater des adhérences nombreuses; et que par la taille bilatérale, il espérait pouvoir faire manœuvrer les tenettes avec plus de facilité dans la vessie.

Les premiers temps de l'opération furent exécutés rapidement; mais lorsqu'on introduisit le lithotôme *double*, cet instrument glissa entre le calcul et le côté gauche de la vessie, la lame gauche se développa seule, de sorte que la prostate ne fut incisée que d'un côté. Pour faire l'incision du côté droit, on se servit d'un lithotôme simple *renversé*, qu'on introduisit entre le calcul et la paroi droite du col de la vessie. De cette manière, on obtint une ouverture assez grande; mais on ne put donner aux tenettes un écartement suffisant pour saisir le calcul, à cause des adhérences qui l'unissaient dans toute sa surface à la membrane muqueuse. On essaya successivement des tenettes de différentes formes et de différentes grosseurs.

Des pressions sur l'hypogastre, l'introduction du doigt dans le rectum et dans la plaie ne facilitèrent pas l'opération.

Après trente minutes de tentatives infructueuses, il fallut choisir entre les deux partis qui restaient à prendre: laisser le calcul dans la vessie et abandonner le malade à une mort certaine, ou bien chercher à l'extraire par l'hypogastre. Dans la cruelle alternative où se trouvait le chirurgien, ce dernier parti était évidemment le plus sage; mais cette nouvelle opération ne pouvait pas être pratiquée suivant les règles ordinaires; il était impossible, en effet, de distendre la vessie par une injection d'eau tiède, et il était impossible aussi de se servir d'une sonde à dard. Voici comment M. Roux procéda dans cette circonstance difficile:

Après avoir incisé la paroi abdominale antérieure sur la ligne médiane et decollé le péritoine, il fit sur le calcul, avec un bistouri droit dont le tranchant était tourné en avant, une ponction à la vessie le plus près possible de la symphyse des pubis: un bistouri boutonné fut alors introduit dans l'ouverture, et l'incision fut prolongée d'avant en arrière, le doigt indicateur de la main gauche étant toujours placé entre le tranchant de l'instrument et le péritoine, qui put ainsi être évité. Mais ici de nouvelles difficultés se présentèrent pour l'extraction du calcul; et ce n'est que lorsqu'un aide, en introduisant son doigt dans la plaie du périnée, eût fortement soulevé le calcul, que M. Roux put le saisir. Il le souleva doucement, et par des tractions prudemment ménagées, il détruisit les adhérences sans déchirer la vessie.

Le calcul était sphérique et avait quinze lignes de diamètre. Toute sa surface était couverte de granulations saillantes et arrondies; il était composé d'oxalate de chaux.

Le soir de l'opération, le malade avait un léger mouvement fébrile; aucune douleur n'existait dans le ventre; l'urine s'écoulait par les deux plaies.

Le 1er et le 2 février, le malade souffrait un peu au périnée, mais le ventre n'était ni ballonné ni douloureux à la pression. Il n'y avait pas de douleurs dans les fosses iliaques; le pouls était petit et fréquent.

La double opération à laquelle le malade a été soumis a considérablement augmenté l'état d'affaissement moral dans lequel il était depuis quelque temps; il répète sans cesse qu'il n'a plus d'espoir.

Le 3, à la visite, on trouve le pouls plus faible, très-dépressible, et les traits de la face notablement altérés.

A 6 heures du soir, anxiété extrême sans douleur bien localisée; gène de la respiration qui devint stertoreuse à 7 heures. Mort à 9 heures.

Autopsie. — Le péritoine et les viscères abdominaux, à l'exception de la vessie, ne présentent aucune trace d'inflammation. La vessie est revenue sur elle-même et forme derrière le pubis une tumeur solide du volume d'une petite orange; il y a du pus entre sa face antérieure et le pubis; et de chaque côté on trouve le tissu cellulaire du bassin infiltré d'urine.

La tunique musculeuse de la vessie est blanche et à quatre lignes d'épaisseur; la membrane muqueuse est considérablement épaissie et a une coloration noirâtre; elle est couverte d'une foule de végétations de formes diverses, qui s'enfonçaient entre les rugosités du calcul.

La cavité de la vessie est très-petite; elle était complétement remplie par le calcul. Les ouvertures faites à sa paroi antérieure et à son col sont régulières; cette dernière se termine de chaque côté à une ligne en dedans de la circonférence de la prostate. Cette glande avait son volume ordinaire.

Les veines du bassin ne contenaient pas de pus.

Digitized by Google

Les viscères thoraciques et les centres nerveux ne présentaient rien d'anormal.

C'est immédiatement après avoir délivré de son calcul, d'une manière si brillante et si rapide le sujet de notre troisième observation que M. Roux pratiqua cette double opération, qui présente un des cas les plus graves qu'il soit possible de rencontrer.

On sait que c'est dans une circonstance analogue que Franco, en 1560, eut l'heureuse idée de retirer un calcul par l'hypogastre et inventa ainsi une opération qui a été depuis si féconde en heureux résultats.

La conduite de Franco a été citée par tous les auteurs comme un exemple à suivre. Boyer a donné des préceptes à cet égard ; qu'il me suffise ici de rapporter l'opinion que Dupuytren et M. Bégin ont émise dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques :*

« Lorsque la taille bilatérale est insuffisante, le chirurgien doit immédiatement se décider à pratiquer la cystotomie sus-pubienne. Le malade se trouve à peu près placé dans les conditions où étaient ceux qu'opérait frère Côme, et il a encore en sa faveur des chances de salut assez nombreuses pour qu'on ne doive pas désespérer du succès ; mais pour cela, il faut que la plaie du périnée ait été respectée, qu'on n'y ait produit ni froissement, ni contusions, ni déchirures qui auraient pour résultat de déterminer la violente et presque toujours mortelle inflammation de toutes les parties qui la composent, et même de la totalité de la vessie, ainsi que de l'intérieur du bassin et du péritoine. Il faut donc, et ce point de pratique est de la plus haute importance, il faut se garder de ces efforts violents, de ces tentatives prolongées outre mesure, que conseille l'amour-propre, que soutient l'entêtement, et qui ont pour résultat de sacrifier la vie des sujets à la vaine gloire d'avoir terminé l'opération, et extrait sans désemparer un calcul qu'on aurait pu retirer avec moins de danger et plus de facilité par une autre voie. »

Certes, il est difficile de tracer un plan de conduite plus sage ; et c'est celui qui a été suivi pour notre malade. Mais Boyer, Dupuytren, Bégin n'avaient prévu l'impossibilité d'extraire le calcul par le périnée que lorsqu'il avait un volume trop considérable. Ils n'ont point parlé des adhérences, parce qu'en effet le plus souvent il est possible de les détruire. Aussi, je ne connais pas dans la science de cas entièrement semblable à celui que je rapporte.

Il est à regretter que ce double résultat de cette double opération n'ait pas été semblable à celui qu'obtint Franco. Mais ce dernier agissait sur un enfant dont la vessie était en bon état, tandis que le malade de M. Roux avait 40 ans, était dans de mauvaises conditions morales, et avait la vessie profondément altérée.

Calculs multiples dans l'urèthre, la vessie et dans une poche accidentelle située au col de la vessie ; taille latéralisée ; mort.

Obs. V. — Liedet (Jean-Baptiste), âgé de 71 ans, cordonnier, entra à l'Hôtel-Dieu le 2 juin 1838.

L'intelligence de ce malade est très-obtuse, et il ne répond que très-difficilement aux questions qui lui sont adressées. Voici, du reste, les renseignements que nous avons obtenus sur ses antécédents :

Depuis l'âge de 24 ans il éprouvait des douleurs vers la région des reins et de la vessie ; il rendait habituellement des glaires avec les urines ; plusieurs fois il avait eu des rétentions d'urine pour lesquelles on l'avait sondé.

En 1830, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Breschet ; ce chirurgien constata la présence d'un calcul dans l'urèthre, et le retira par une opération. Une cicatrice linéaire d'un pouce de longueur, située sur la ligne médiane du périnée indique le lieu où elle fut pratiquée.

Le calcul qui fut retiré à cette époque avait le volume d'une noix. Dans les jours qui suivirent l'opération, plusieurs petits fragments de pierre et d'autres petits calculs sortirent par la plaie.

La guérison se fit longtemps attendre, car huit mois après l'opération il restait encore une fistule, qui disparut enfin au moyen d'une sonde à demeure placée dans le canal de l'urèthre ; mais le malade conserva toujours depuis de la difficulté à uriner.

Lorsqu'il fut soumis à notre observation, les douleurs étaient très-vives au périnée ; la vessie ne se vidait qu'incomplétement, malgré des efforts considérables. Enfin quinze jours avant son entrée à l'hôpital, Liedet avait rendu par l'urèthre une assez grande quantité de sang presque pur. Les urines étaient épaisses, opaques et glaireuses. Point d'hémorrhoïdes ; point de hernies.

Lorsqu'on voulut explorer la vessie à l'aide du cathétérisme, l'instrument fut arrêté un peu au-devant du pubis par un obstacle dont le choc produisit un son clair. M. Roux en appliquant la main sur le périnée reconnut un calcul. Alors par des manœuvres lentes et répétées, il amena dans la portion libre du canal, non pas un seul, mais deux calculs qui étaient appliqués l'un contre l'autre, et dont il fit l'extraction au moyen d'une boutonnière pratiquée à la paroi inférieure de l'urèthre.

Ces calculs, du volume de l'extrémité du petit doigt, avaient une forme pyramidale et étaient accolés par leur base.

Alors la sonde introduite de nouveau rencontra d'autres calculs placés au col de la vessie dont ils ne fermaient pas complétement l'ouverture. Enfin, dans l'intérieur même de la vessie, le bec de la sonde heurta encore un calcul.

Digitized by Google

Après quelques jours d'un traitement préparatoire, on pratiqua à ce malade la taille latéralisée.

Le cathéter ne put être introduit qu'avec peine; et après l'incision des parties extérieures, lorsqu'on voulut faire pénétrer le lithotome, cet instrument fut arrêté au niveau de la prostate par les calculs qui existaient dans ce point; on l'ouvrit néanmoins, le cathéter étant en place, et on retira les deux instruments à la fois. Le bouton arriva facilement et promptement sur un calcul volumineux qui fut aussitôt retiré avec les tenettes : ce calcul avait à peu près la forme et le volume de l'os cuboïde du pied, et les facettes qui existaient sur un des côtés furent un indice qu'il n'était pas seul; en effet, deux autres calculs du volume d'une petite noix furent retirés ensuite. Pendant toute l'opération, il ne s'était pas écoulé d'urine, ce qui confirma le chirurgien dans l'opinion qu'il avait émise à l'avance qu'il existait audevant de la vessie une poche accidentelle; le doigt introduit dans la plaie put parcourir en effet une cavité assez grande, à la partie supérieure de laquelle était l'entrée de la vessie.

On retira, au moyen de petites tenettes, le calcul qui était dans la cavité de la vessie. Son volume était peu considérable, et il s'écrasait facilement sous la pression du doigt. Au moment de son extraction un flot d'urine s'échappa de la vessie.

Presc. Lin. émulsionné et nitré, 2 pots; diète.

Dans la soirée le malade reposa; le pouls donnait 80 puls.; la peau était un peu chaude, et le ventre indolent. L'urine s'écoulait par la plaie.

Le lendemain la chaleur de la peau augmenta; la langue devint sèche; le malade était plongé dans un *assoupissement* continuel, d'où on avait peine à le *faire sortir*.

Le 10, même état.

Le 11, la langue est fuligineuse; la face amaigrie et pâle; le malade, interrogé avec soin, dit qu'il ne souffre pas. Dans la soirée un peu de délire.

Le 12, à huit heures du matin, mort, 92 heures après l'opération.

Autopsie.—Aucune altération en dehors des voies urinaires, si ce n'est une grande quantité de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules du cerveau.

Les reins sont enflammés; celui du côté droit présente deux petites poches communiquant avec les calyces, et contenant deux calculs. La surface de l'organe est couverte de petites granulations d'un jaune pâle; cette coloration se retrouve dans l'épaisseur de la substance corticale.

Le rein gauche est petit, flasque, plus profondément altéré que le droit; on trouve dans son tissu quelques points purulents.

Le bassinet gauche est considérablement distendu, et contient un mélange d'urine et de pus. Les deux uretères ont deux lignes de diamètre dans leur extrémité inférieure; celui du côté gauche est oblitéré à son entrée dans la vessie, par des fausses membranes.

Le faisceau transversal des fibres charnues qui s'étend entre les deux orifices des uretères, est très-saillant. Au-dessus et en arrière de ce faisceau, la membrane muqueuse forme une hernie qui communique avec la cavité de la vessie par une ouverture très-étroite, et dans laquelle on trouve plusieurs calculs. L'hypertrophie de la couche musculeuse de la vessie donne à l'intérieur de cet organe l'aspect aréolaire; dans quelques points cette couche a cinq lignes d'épaisseur.

La membrane muqueuse, à une épaisseur normale, est noirâtre et hérissée de petites éminences qui ressemblent beaucoup aux papilles de la langue.

La prostate est intacte vers sa partie vésicale; mais vers sa partie antérieure elle est ulcérée, détruite; de sorte que le col de la vessie est béant. Dans ce point existe une poche capable de contenir une petite orange, et formée aux dépens de la partie antérieure et inférieure de la prostate, et de toute la portion membraneuse de l'urèthre; le bulbe même est effacé. C'est dans cette cavité qu'existaient les trois calculs qui furent d'abord retirés.

Il est impossible, au milieu du désordre dont ces parties sont le siége, de retrouver le *veru-montanum*, et les conduits éjaculateurs. La prostate est parsemée d'une centaine au moins de petits graviers jaunes, transparents, plus petits que des grains de millet, et très-durs.

A la partie postérieure de la portion spongieuse de l'urèthre existent trois fausses routes très-anciennes. Une d'elles a un pouce de longueur.

Ce cas est curieux par la marche qu'a suivie la maladie, il semble en effet qu'il soit possible de prendre le mal à sa source, et de le suivre pas à pas dans ses différentes périodes.

On est porté à croire que les premières douleurs ressenties par Liedet étaient causées par des calculs; mais il paraît probable qu'il existait en même temps un rétrécissement de l'urèthre, ainsi que l'indiquent les fausses routes trouvées à l'autopsie. De petites pierres venant du rein ou de la vessie, et arrêtées derrière le rétrécissement, auraient ulcéré la membrane muqueuse dans ce point, se seraient creusé une cavité aux dépens des parois de l'urèthre, et auraient pris alors un accroissement rapide.

On sait, en effet, que les calculs se forment très-facilement dans les kystes annexés à la vessie, parce que dans ces points, l'urine peut séjourner longtemps sans être renouvelée, qu'elle perd par l'absorption ses parties aqueuses, et que les molécules d'acide urique et des différents sels contenus dans l'urine, perdant leur dissolvant naturel se précipi-

Digitized by Google

tent, se groupent et forment un noyau plus ou moins solide, ou bien viennent se déposer autour d'un noyau formé primitivement dans le rein ou la vessie. Telle est la manière dont je pense que les choses se sont passées dans le cas qui nous occupe. Le premier calcul extrait par M. Breschet avait son siége dans la portion bulbeuse de l'urèthre, et, depuis cette époque, l'inflammation chronique causée par la présence de nouveaux calculs a usé peu à peu les tissus d'avant en arrière, de manière à détruire bientôt une partie de la prostate.

Destruction du canal de l'urèthre dans une grande étendue; fistule uréthrale; corps étranger dans la vessie; taille latéralisée pour la seconde fois; mort.

Obs. VI. — Au numéro 14 de la salle Sainte-Marthe, fut couché le 2 mai 1858, le nommé Legrain (Pierre), âgé de 55 ans, berger, de taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, d'une santé généralement bonne, d'une intelligence ordinaire, *marié pour la troisième fois, et père de quatre enfants.*

L'observation de cet homme ressemble beaucoup à celle du berger dont Chopart nous a laissé l'histoire. Non-seulement il avait un corps étranger dans la vessie, mais aussi son canal de l'urèthre était détruit dans une grande étendue, et le malade n'a pu nous donner une explication satisfaisante de la manière dont était survenue une si remarquable difformité.

Le canal de l'urèthre était réduit à sa paroi supérieure dans toute la partie qui est située au-devant du scrotum. Dans toute cette étendue, la membrane muqueuse était sèche, d'un rouge un peu foncé, et ressemblait beaucoup à celle qui recouvre le gland. Cet état existait depuis douze ans.

En 1830, il se forma en arrière des bourses une fistule qui ne laissait d'abord passer qu'une petite quantité d'urine, mais par laquelle tout ce liquide s'écoulait lorsque nous vîmes le malade.

Un peu au-devant de l'anus, sur le côté gauche de la ligne médiane, on observa une cicatrice linéaire; qui résultait évidemment d'une opération de taille à laquelle le malade aurait été soumis quelques années auparavant. Il nous avoua, en effet, qu'il s'était déjà vu forcé, en 1833, de réclamer les soins de M. Dupuytren, parce qu'il avait laissé glisser dans sa vessie un morceau de racine de guimauve. Il avait coutume d'introduire ce corps étranger dans sa fistule pour adoucir la cuisson qu'il éprouvait lors de l'émission de l'urine. Un témoin de la première opération a bien voulu nous donner une note à ce sujet. En voici un extrait :

« L'opération fut pratiquée suivant le procédé du frère Côme. Le périnée malgré la maigreur du malade, présentait une épaisseur considérable qui permettait à peine au doigt de l'opérateur d'atteindre la vessie. On put cependant, avec des tenettes, retirer le morceau de guimauve qui était recouvert de granulations calcaires. Le doigt, porté de nouveau dans la plaie, sentit un corps piquant engagé dans l'épaisseur du périnée; lorsqu'on retira ce corps, on vit que c'était une épingle de fer autour de laquelle s'étaient déposées des incrustations. Dupuytren attribua l'épaisseur anormale du périnée, à l'engorgement que ce corps étranger a dû déterminer. Le malade a refusé de donner des renseignements sur la manière dont ce corps se trouvait là. »

Nous avons nous-mêmes interrogé le malade sans plus de succès.

Le corps étranger qu'il avait dans la vessie, lorsqu'il revint à l'Hôtel-Dieu, était un os de mouton dont il se servait habituellement pour faciliter l'écoulement de l'urine, en remplaçant ainsi le canal de l'urèthre par un conduit artificiel. Cet os était dans la vessie depuis trois mois environ.

Le malade accuse de la difficulté à uriner, des douleurs horribles dans le rectum et le périnée quand il va à la selle. Il éprouve des picotements vers le col de la vessie lors de l'émission des dernières gouttes d'urine.

Les flancs et les aines sont douloureux ; la marche et les mouvements du tronc sont pénibles.

Les urines ne contiennent pas du sang, mais elles laissent déposer d'abondantes mucosités mélangées d'un peu de pus.

L'exploration de la vessie avec la sonde y fait reconnaître le corps étranger, et cinq jours après son entrée à l'hôpital, Legrain fut soumis à l'opération de la taille. Cette opération fut faite très-facilement. Une seule circonstance mérite d'être notée; c'est que, désirant saisir l'os par une de ses extrémités, et craignant de ne pouvoir y parvenir avec les tenettes ordinaires, M. Roux se servit d'une pince à polypes, ce qui lui réussit parfaitement.

Cet os était long de deux pouces et quart, un peu plus volumineux à une de ses extrémités qu'à l'autre, creusé d'un canal dans toute sa longueur, bien poli à ses deux extrémités. Une couche calcaire déposée sur la face extérieure de ce corps lui donnait l'aspect fusiforme.

Le soir de l'opération, le malade ne souffrait pas dans le ventre, mais il était faible et abattu. L'urine sortait bien par la plaie ; le pouls, peu développé, donnait 80 puls.

Toutes les autres fonctions, interrogées avec soin, ne présentent aucune altération.

Cet état fut le même le lendemain; cependant, deux jours après l'opération, sans qu'il soit survenu d'autres symptômes qu'un affaiblissement qui s'accrut

Digitized by Google

graduellement; le malade mourut après une courte agonie.

Autopsie 30 heures après la mort.

Les trois cavités viscérales ont été ouvertes, et les organes qu'elles contiennent, examinés avec soin; mais la vessie seule a présenté des altérations. La membrane muqueuse, chroniquement enflammée, était noirâtre dans quelques points. Vers la partie postérieure de la vessie, les membranes muqueuse et musculeuse étaient perforées. Les bords de cette ouverture, noirs, gonflés et taillés à pic, indiquaient qu'elle n'était pas très-ancienne. Son diamètre était de six lignes environ; le péritoine qui en formait le fond était intact, mais autour de la perforation, il était décollé dans une assez grande étendue, et dans l'espace qui le séparait de la tumeur musculeuse existait une cuillerée de pus.

Les veines du bassin étaient saines. Il n'y avait pas de pus dans le tissu cellulaire environnant. La prostate était un peu plus volumineuse qu'à l'état normal; il a été impossible de retrouver dans cet organe la cicatrice qui avait succédé à la première opération. La membrane muqueuse de l'urèthre était épaissie dans la portion prostatique et membraneuse.

Le canal de l'urèthre était considérablement rétréci dans l'intervalle des deux fistules.

Le berger de Narbonne, obligé d'avoir recours à un chirurgien pour faire extraire de sa vessie la baguette de bois dont il se servait comme moyen d'excitation, a, par ses aveux, laissé d'une manière complète son histoire aussi curieuse qu'effrayante.

Le berger dont je viens de rapporter l'histoire a moins de franchise. Il a cherché à expliquer la destruction de l'urèthre par la formation successive d'abcès dans cette partie; mais il n'a jamais voulu dire comment s'était introduite cette épingle retirée par Dupuytren.

Il paraît probable que la fistule postérieure a été le résultat d'un abcès causé peut-être par l'introduction de ce corps étranger. Mais la destruction de la partie antérieure de l'urèthre ne peut être expliquée de la même manière.

Les deux cicatrices qui unissent la peau des parties latérales de la verge à la membrane muqueuse de l'urèthre sont droites et régulières. L'existence de ces cicatrices indique bien que la disposition observée chez Legrain n'est point un vice de conformation.

Cet homme, avant l'époque à laquelle remonte sa difformité, avait eu quatre enfants, sa troisième femme existe encore, et on concevrait difficilement qu'il ait pu malgré cela se livrer à la masturbation avec autant de fureur que le berger de Narbonne.

Contentons-nous donc de constater le fait sans chercher à l'expliquer, puisque nous manquons des renseignements donnés par le malade lui-même, et qui seraient les seuls éléments d'une véritable solution.

Lorsque le malade fut soumis pour la première fois à l'opération de la taille, le corps étranger contenu dans la vessie était un morceau de racine de guimauve, corps peu irritant par lui-même; aussi la vessie n'était pas malade, et l'opération fut suivie de succès.

Une première opération de taille pratiquée chez un individu atteint de nouveau d'un calcul doit être considérée comme une condition favorable au succès d'une nouvelle opération. En effet, par suite de la première opération les veines incisées se sont en partie oblitérées; le tissu cellulaire s'est condensé autour de la cicatrice, ce qui rend moins probable l'infiltration urineuse et l'inflammation des veines du bassin. J'ajouterai que le malade qui a déjà été soumis une fois à la taille la redoutera moins, et se trouvera enfin dans des conditions morales et physiques plus fovorables que la première fois.

Mais chez notre malade, la cause de la mort qui n'aurait pu être soupçonnée que par la présence d'un peu de pus dans l'urine existait avant l'opération. Une des extrémités de l'os avait ulcéré la paroi postérieure de la vessie; le péritoine lui-même aurait été infailliblement perforé si ce corps étranger fût resté quelques jours de plus dans la vessie.

Il est donc probable que si le malade fût venu plus tôt réclamer les secours de la chirurgie, il eût subi une seconde fois avec succès l'opération de la taille.

Calcul vésical chez une jeune fille; taille uréthrale; péritonite; guérison (1).

OBS. VII. — Marie-Geneviève Domange, âgée de 15 ans, bien réglée, sans profession, fut admise à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 10, le 25 octobre 1838.

Elle a une stature peu élevée pour son âge, mais sa constitution est bonne, ses cheveux châtains, sa peau brune, son embonpoint assez marqué. Elle a toujours joui d'un bon appétit, mais elle préfère les légumes à la viande; elle mange très-fréquemment de l'oseille, ne boit jamais de vin.

Elle n'avait jamais souffert dans les reins ou dans la vessie jusqu'au mois de janvier 1838, époque à laquelle commença sa maladie.

Elle nous raconte qu'alors elle avait de fréquentes envies d'uriner, qu'elle souffrait pendant et après

(1) Cette observation a été en partie recueillie par mon collègue et ami Bouillon-Lagrange, alors interne de la salle des femmes.

Digitized by Google

l'émission de l'urine, mais surtout après. Le jet de l'urine était souvent interrompu tout à coup ; les douleurs augmentaient par les efforts de la défécation.

Dès cette époque, il lui est arrivé souvent de rendre, avec les dernières gouttes d'urine, un peu de sang liquide.

Dans le début de la maladie, il y a eu quelques douleurs dans les reins, mais les douleurs de la vessie les avaient précédées.

Depuis quelques mois il lui était arrivé plusieurs fois de rendre en urinant de petits graviers qui déterminaient de la douleur pendant leur passage dans l'urèthre. Les urines étaient glaireuses, la marche pénible ; et si la malade faisait une course assez longue, elle urinait du sang.

Le cathétérisme fit reconnaître dans la vessie la présence d'une pierre rugueuse d'un demi-pouce environ de diamètre, rendant par la percussion un son très-clair, ce qui, joint aux rugosités dont elle paraissait couverte fit présumer qu'elle avait une densité considérable. Telle fut du moins l'opinion de M. Roux et de plusieurs chirurgiens qui examinèrent la malade.

La dureté présumée du calcul, la difficulté qu'on éprouve chez la femme à maintenir dans la vessie une quantité suffisante d'eau tiède pour en distendre les parois ; enfin, le peu de danger qui accompagne le plus souvent les opérations de taille chez la femme, firent préférer ce dernier moyen à la lithotritie.

La présence de la membrane hymen chez cette jeune fille dut faire rejeter la taille par le vagin.

Le procédé de Dubois fut préféré, et on le pratiqua, le 7 novembre, de la manière suivante :

Après avoir donné à la malade la position ordinaire pour la taille, on introduisit dans l'urèthre un cathéter dont la canelure fut dirigée vers la symphyse des pubis. Puis, avec un bistouri droit boutonné conduit sur le premier instrument jusque dans la vessie, on incisa le col de cet organe et le canal de l'urèthre directement en haut dans l'étendue d'un demi-pouce environ.

Les deux instruments furent retirés en même temps. On dirigea alors le bouton en suivant la paroi inférieure de l'urèthre, pour éviter de le faire glisser entre le pubis et la vessie. Ce temps de l'opération fut un peu plus long que les autres. L'introduction des tenettes se fit facilement. La pierre fut chargée dès la première tentative ; mais elle se brisa en partie, de sorte qu'on fut obligé de réintroduire les tenettes pour retirer les fragments.

La pierre était formée de grumeaux noirâtres très-durs, teints de sang, entre lesquels on observa un grand nombre de petits cristaux transparents.

D'après les antécédents de la malade, on serait porté à croire que ces cristaux pourraient bien être de l'acide oxalique. Malheureusement, le calcul qu'on avait donné pour le faire analyser a été égaré avant qu'on eût commencé les expériences.

La malade supporta très-bien l'opération. Jusqu'à trois heures de l'après-midi elle se sentit très-bien et dormit un peu. Mais à cette heure elle éprouva de la douleur à l'hypogastre et de la cuisson dans la plaie. Ces douleurs augmentèrent beaucoup pendant la nuit.

Le lendemain, 8 novembre, à la visite du matin : face grippée, pâle, exprimant la douleur ; sensibilité très-vive à l'hypogastre ; vive cuisson dans la plaie.

Pouls concentré, filiforme (120 puls.) ; soif vive ; pas de nausées ; pas de vomissement. Constipation. (Saignée du bras de 12 onces ; 25 sangsues à l'hypogastre ; limonade sucrée ; julep diacodé ; diète.)

Le 9, le pouls est à 110, un peu plus développé. Le faciès est un peu coloré ; l'hypogastre et la plaie sont moins douloureux ; l'écoulement de l'urine n'est pas continu, mais les émissions sont fréquentes et le plus souvent involontaires.

Le 10, pouls à 100 pulsations, plus développé ; 25 inspirations ; les ailes du nez se dilatent fortement ; les mouvements de la respiration causent de la douleur.

Ventre souple ; point de météorisme, mais douleur très-vive à la pression dans la fosse iliaque gauche. L'urine s'écoule continuellement. (15 sangsues sur le ventre.)

Le soir, la douleur du ventre est beaucoup moins forte. Le pouls est large, plein (120 pulsations) ; la malade a dormi dans la journée et a eu des sueurs abondantes.

Le 11, la fièvre est moins forte. Le ventre n'est plus douloureux. La malade demande à manger. 2 bouillons.)

Cet état s'améliora peu à peu ; la figure reprit un peu de fraîcheur ; l'appétit augmenta ; et, le 15 novembre, la malade mangeait déjà le quart.

L'urine s'écoulait souvent sans la volonté de la malade, et cette incontinence, qui persista quelque temps, lors même que la santé paraissait parfaitement rétablie, avait complétement disparu dans le courant du mois de janvier 1839, époque à laquelle la malade quitta l'hôpital.

Les accidents qui sont survenus après l'opération, et qui paraissaient bien dépendre de l'existence d'une péritonite, auraient pu faire regretter que la lithotritie n'ait pas été préférée à la taille. Mais j'ai exposé plus haut les raisons qui avaient guidé le chirurgien dans le choix de la méthode opératoire ; et d'ailleurs, une saignée et deux applications de sangsues ont heureusement triomphé de ces accidents.

L'incontinence d'urine, qui persiste si souvent chez les femmes après l'opération de la taille, n'a

Digitized by Google

pas été de longue durée chez notre malade, dont la guérison a été complète.

GAZETTE MÉDICALE. — Janvier 1840.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

Résumé général de la première série des conférences cliniques sur les difformités du système osseux, professées à l'hôpital des Enfants malades, depuis le 1er août jusqu'au 30 novembre 1839; par M. le docteur JULES GUÉRIN.

(Suite. — Voir cahier de janvier, p. 74.)

SECONDE PARTIE. — *Consultation.*

Nous pouvons considérer de deux manières les résultats généraux fournis par la consultation : au point de vue des principes scientifiques que nous établissions à l'égard du pied-bot et du rachitisme, et que les observations individuelles venaient contrôler, infirmer ou confirmer ; et au point de vue de l'histoire générale des difformités, dans laquelle nous étions obligés de faire de nouvelles excursions. Relativement au premier point de vue, voici d'abord l'indication des malades qui se sont offerts à notre observation :

Pieds-bots. Sur 32 cas de pieds-bots qui se sont présentés à la consultation, il y avait :

2 cas d'équin simple ;
4 cas d'équin composé ;
1 cas d'équin au premier degré ;
2 cas d'équin au deuxième degré ;
3 cas d'équin au troisième degré ;
5 cas de varus simple ;
2 cas de varus composé ;
2 cas de varus au premier degré ;
5 cas de varus au deuxième degré ;
1 cas d'équin varus simple ;
1 cas d'équin varus composé ;
4 cas de varus équin simple ;
7 cas de varus équin composé ;
1 cas de varus équin au premier degré ;
4 cas de varus équin au deuxième degré ;
8 cas de varus équin au troisième degré ;
1 cas de valgus ;
1 cas de valgus équin ;
1 cas de talus ;
4 cas de pied plat.

Cette statistique seule suffirait, messieurs, pour vous montrer que la consultation a placé sous nos yeux à peu près toutes les combinaisons possibles de formes, de complications et de degrés du pied-bot, d'un ou des deux côtés, congénitaux et consécutifs. Chacun de ces cas, vous le savez, a été analysé dans ses plus grands détails : je vous ai fait lire en toutes lettres les caractères généraux de la rétraction musculaire, les caractères spéciaux de cette affection dans leurs rapports avec chaque forme, chaque variété du pied-bot. Partout vous avez vu la forme si spéciale, si caractéristique du mollet, court, dur, ramassé, de consistance fibreuse, alors que la forme équin existait, seule ou combinée avec d'autres formes; partout vous avez vu les muscles, les tendons saillants dans la direction de chacun des éléments de la difformité ; vous avez exploré et analysé avec moi chacun de ces accidents, et toujours vous avez vu, que dis-je, touché de vos propres mains les résistances musculaires et tendineuses, faisant relief et opposant résistance au redressement de chaque élément de la déformation : les jambiers antérieur et postérieur dans le renversement du pied sur sa face externe, et spécialement le postérieur dans l'adduction, l'adducteur et le fléchisseur d'un gros orteil dans la courbure du bord interne et de la face plantaire du pied ; les péroniers antérieurs et latéraux dans le valgus avec abduction du pied ; les extenseurs et les fléchisseurs communs des orteils dans les pieds-bots composés ; en un mot, vous avez vu la rétraction porter successivement sur tous les muscles, suivant le degré de complication du pied-bot, depuis ses moindres nuances jusqu'à ses degrés les plus exagérés. Enfin, vous avez pu lire dans cette collection de faits matériels, les distributions si nombreuses et si variées de la rétraction musculaire, successivement dans ses phases de simple raccourcissement, de raccourcissement avec paralysie, et de paralysie complète. Toujours vous avez vu une éclatante confirmation de la théorie, ou plutôt vous avez vu la théorie elle-même se reconstituant, se complétant, se réalisant, de la manière la plus évidente, sous vos yeux. Tel est le premier fruit de la consultation en ce qui concerne le pied-bot.

Rachitisme. Vingt trois cas de rachitisme se sont offerts à notre examen : nous nous dispensons de vous reproduire les détails de tous ces cas, mais nous pouvons vous en rappeler les circonstances les plus générales.

La maladie s'est offerte à nous dans toutes ses phases, dans toutes ses périodes, dans tous ses degrés, comme maladie, et avec la série successive ou collective des difformités qu'elle peut engendrer. Il est inutile de nous appesantir sur les particularités qu'il nous a été donné de vérifier. Pour nous en tenir aux plus capitales, n'avez-vous pas encore présente à l'esprit cette réponse unanime des mères, à savoir, que leurs enfants avaient été sevrés à quel-

Digitized by Google

ques semaines, et nourris avec toute espèce d'aliments : avec du café, de la soupe, de la viande, etc.; ou bien, ils avaient été confiés à une nourrice malade, enceinte; ils avaient été malades, ou (le cas le plus général), pendant le temps de l'allaitement, on les avait nourris concurremment avec la nourriture des adultes, dans le but de hâter leur développement, ou de les soumettre à un mode d'alimentation moins assujettissant pour les parents. Là-dessus point d'exception.—Vous n'avez pas constaté d'une manière aussi positive l'influence des habitations malsaines, mal aérées, mal éclairées, parce qu'en effet ces influences reconnues par nous comme secondaires, comme complémentaires, ne sont pas rigoureusement nécessaires à la réalisation du rachitisme.

Que vous rappellerai-je des circonstances moins importantes de la maladie? Que les symptômes assignés par nous, comme composant la première période du rachitisme, celle qu'on a prise pour le carreau et que l'on a confondue avec cette dernière maladie si elle existe, ont pu être mainte fois vérifiés par chacun de vous. La diarrhée, les sueurs, le malaise général, l'état fébrile, la difficulté ou l'impossibilité de marcher, composant le caractéristique de cette première période, ont été accusés par un grand nombre de personnes qui nous ont amené leurs enfants. Ensuite, les rapports de développement et de degré des difformités rachitiques ne se sont-ils pas montrés à vos yeux en conformité avec les lois que nous venions de vous faire connaître? Quoique renfermée dans un espace de temps trop limité, notre contrôle s'est étendu jusqu'à la thérapeutique de cette maladie, et nous avons pu voir dans un assez court espace de temps que tous les malades qui avaient pu profiter de nos conseils avaient éprouvé une amélioration marquée dans leur état général et dans leurs difformités. Cette concordance de l'observation avec le dogme, du fait avec la théorie, n'était-elle pas faite pour nous encourager à suivre la voie que nous venions de nous ouvrir?

Terminons cette seconde partie de notre revue, par quelques aperçus généraux sur les autres difformités qui se sont offertes à la consultation.

Sur les 83 sujets qui ont été examinés nous avons noté :

- 2 cas de torticolis musculaires anciens;
- 8 cas de torticolis composés aigus et chroniques;
- 10 cas de déviations de l'épine musculaires actives;
- 2 cas de déviations de l'épine musculaires passives;
- 2 cas de déviations rachitiques;
- 1 cas de déformation essentielle du thorax;
- 6 cas de luxations congéniales des fémurs;
- 23 cas de rachitisme général,
- 2 cas d'excurvations rachitiques de l'épine;
- 1 cas d'excurvation puérile;
- 2 cas de flexions musculaires permanentes de la cuisse;
- 1 cas de luxation de la rotule;
- 3 cas de déviation essentielle des genoux;
- 10 cas d'excurvations tuberculeuses de la colonne;
- 2 cas de coxalgie;
- 1 cas de rétraction rhumatismale des doigts;
- 4 cas de tumeurs blanches de différentes articulations;
- 1 cas de difformité générale par rhumatisme;
- 2 cas de difformité générale par affection nerveuse convulsive;

32 cas de pieds-bots dont :

- 4 pieds équins;
- 5 pieds varus;
- 4 pieds équins varus;
- 13 pieds varus équins;
- 2 pieds valgus;
- 4 pieds plats.

Le temps ne nous permet pas de nous arrêter à chacun de ces ordres de faits; nous ne dirons que quelques mots de ceux qui ne rentrent pas dans le cadre de nos expositions dogmatiques.

Et d'abord tous ces cas ont mis sous vos yeux des spécimens vivants d'un grand nombre de difformités que vous n'aviez peut-être pas encore rencontrées; ils vous ont familiarisé d'abord avec leurs appellations; ils ont placé d'avance dans vos souvenirs des images fidèles de celles dont nous aurons à nous occuper plus tard comme nous l'avons fait du pied-bot et du rachitisme. Dans cette direction vous avez même acquis presque à votre insu la première notion d'une théorie générale des difformités congéniales, dont une application particulière seulement vous avait été donnée dans le pied-bot, et que l'observation de chaque jour généralisait d'avance sous vos yeux. Si je vous avais dit en débutant et avant de vous soumettre et de vous démontrer ma doctrine du pied-bot, que cette doctrine ne s'arrêtait pas à cette difformité, mais formulait de la même manière et avec la même précision toutes les difformités articulaires congéniales, les difformités du genou, de la hanche, les luxations du fémur, les difformités des membres supérieurs, celles des membres inférieurs, celles du thorax comme celles de l'épine, vous auriez éprouvé peut-être quelque prévention contre cette généralisation prématurée pour vous. Mais aujourd'hui que l'expérience en a fait la démonstration sous vos yeux, qu'elle vous a permis de constater directement et successivement dans leurs diverses manifestations, dans leurs diverses combinaisons les faits confirmatifs de cette doctrine, je puis vous la donner dans toute sa généralité, sauf à poursuivre et compléter plus tard la démonstration dont elle peut encore avoir besoin dans ses nombreuses applications. J'ai établi que le pied-bot est le produit de la rétraction musculaire diffé-

Digitized by Google

remment distribuée dans les muscles de la jambe et du pied, et j'ai montré l'application rigoureuse de cette formule à toutes les variétés de cette difformité ; eh bien ! je dis maintenant : *Toutes les difformités articulaires congéniales sont comme le pied-bot le produit de la rétraction musculaire convulsive; et les variétés de ces difformités sont le résultat des combinaisons de cette rétraction différemment distribuée dans les muscles du tronc et des membres.* Non-seulement cette théorie rend un compte exact de toutes les difformités articulaires congénitales qui étaient décrites dans la science, mais elle m'en a révélé une foule d'autres qui n'avaient pas été aperçues et que je n'aurais sans doute pas vues mieux que mes prédécesseurs, si je n'avais pas été averti de leur possibilité par la connaissance générale de leur nature et de leur mécanisme. Si la rigueur que je crois avoir mise dans mes démonstrations à l'égard du pied-bot vous a entièrement convaincus, voyez-y, messieurs, en attendant que je descende avec vous dans les détails de chaque application de la doctrine générale, voyez-y, dis-je, un motif de croyance en cette doctrine, en attendant que votre croyance puisse être convertie en conviction.

TROISIÈME PARTIE. — *Résultats cliniques.*

Nous allons consacrer le peu de temps qui nous reste à vous rappeler les résultats obtenus chez les malades admis dans notre service.

Nous avons reçu 31 sujets sur lesquels il y avait :

1 cas de torticolis musculaire ancien ;
2 cas de torticolis composés récents ;
2 cas de déviation musculaire de l'épine ;
1 cas de luxation congéniale double des fémurs ;
1 cas de fausse ankylose du genou ;
1 cas de déviation essentielle du genou ;
4 cas de pieds-bots équins ;
2 cas de pieds-bots varus ;
10 cas de varus équin ;
2 cas de valgus ;
1 cas de talus ;
2 cas d'affection tuberculeuse des vertèbres ;
2 cas de déviation rachitique des genoux ;

1 cas de difformité générale offrant :
1° déviation latérale de l'épine ;
2° paralysie et atrophie d'une foule de muscles des membres ;
3° sub-luxation du poignet droit ;
4° flexion anguleuse du coude gauche ;
5° flexion permanente des doigts ;
6° luxation incomplète coxo-fémorale ;
7° flexion permanente de la cuisse ;
8° sub-luxations des genoux ;
9° pied-bot varus équin ;
10° pied-bot valgus équin, etc.

En tout 31 sujets.

Sur ce nombre, messieurs, 14 sujets sont sortis complétement guéris :

5 sont sortis avec une grande amélioration ;
1 sorti pour cause de maladie ;
11 sont encore en traitement.

Les 14 sujets offraient :

5 cas de pieds-bots équins des deuxième et troisième degrés ;
3 cas de pieds-bots varus au deuxième degré ;
2 cas de pieds-bots équins varus ;
6 cas de bieds-bots varus équins ;
1 cas de pieds-bots talus.

Améliorés :

1 cas d'ankylose incomplète du genou ;
2 cas d'excurvation tuberculeuse des vertèbres ;
2 cas de rachitisme à la deuxième période, avec courbure des membres inférieurs.

Il y a encore dans le service :

1 cas de torticolis musculaire ancien qui touche à la guérison ;
2 cas de torticolis récents composés qui touchent à la guérison ;
2 cas de déviation musculaire de l'épine préparés pour l'opération ;
1 cas de luxation congéniale des deux fémurs, dont un côté réduit (1) ;
1 cas de déviation essentielle du genou en voie de guérison ;
1 cas de pied-bot varus équin en voie de guérison ;
1 cas de pied-bot varus équin extrême amélioré ;
1 cas de difformité générale dont le traitement va commencer.

Voilà le chiffre brut du mouvement de notre service et des résultats que nous avons obtenus depuis quatre mois qu'il nous a été confié. Rappelons en peu de mots les principales circonstances qui se sont offertes dans le traitement de ces 31 sujets.

Et d'abord, nous nous sommes principalement arrêtés aux difformités dont le traitement pouvait être de peu de durée, et permettre l'emploi immédiat des moyens chirurgicaux. Le nombre des lits est très-restreint; il fallait des résultats prompts pour les varier autant que l'exigeait notre enseignement. De plus, nous voulions vous offrir la confirmation expérimentale de nos principes thérapeutiques. Nous nous sommes donc renfermés de préfé-

(1) La réduction de l'autre côté a été opérée publiquement depuis.

Digitized by Google

rence dans le traitement des pieds-bots. Vous savez déjà le nombre de cas que nous avons eu à traiter, tous ces cas ont guéri : des trois sujets dont le traitement n'est pas terminé, deux sortiront très-prochainement radicalement guéris, le troisième guérira certainement aussi, quoique le pied-bot dont il est atteint réalise l'idéal de toutes les difficultés à vaincre. Ces différents cas de pieds bots nous ont donné l'occasion de pratiquer 54 opérations, dont

17 cas de section du tendon d'Achille;
12 cas de section du jambier antérieur;
3 cas de section du jambier postérieur;
1 cas de section de l'extenseur commun des orteils;
4 cas de section de l'extenseur propre du gros orteil;
1 cas de section du péronier antérieur;
3 cas de section du fléchisseur commun des orteils;
3 cas de section du fléchisseur propre du gros orteil;
2 cas de section de l'abducteur du gros orteil;
3 cas de section du court fléchisseur des orteils;
5 cas de section de l'aponévrose plantaire.

Total, 54 opérations.

Vous le voyez, messieurs, nous avons fait la section des tendons de tous les muscles de la jambe et du pied, à l'exception des péroniers latéraux. Nous avions fait précédemmment la section de ces derniers un grand nombre de fois, et nous aurons occasion de la répéter prochainement sur une des malades du service (1). Conformément à nos principes, nous avons attaqué chaque variété du pied-bot, et chacun des éléments de déformation qu'il renfermait, par la section du tendon du muscle tenant cette forme sous sa dépendance. Jamais nous n'avons failli à la règle, et toujours la règle a été confirmée par l'expérience ; c'est-à-dire que vous avez vu successivement disparaître les différents éléments de chaque difformité au fur et à mesure des sections des tendons, et avec le concours accessoire des autres moyens. Là où mes prédécesseurs se bornaient à rétablir la *direction* normale du pied par la section du tendon d'Achille, nous avons travaillé à la restauration complète de ses *formes*, à la disparition des *courbures* de la voûte plantaire, de l'*abduction* forcée du pied, de la *courbure* sur son bord interne, de la *sub-luxation* des orteils, de la *torsion* et du *rabougrissement* du pied, tous éléments dont on méconnaissait avant nous la cause et le mécanisme de production, et dont on négligeait plus encore le traitement. Nous avons eu souvent le bonheur de voir se dissiper ces formes, ces complications du pied-bot composé, comme la direction vicieuse du pied, son extension permanente disparaissait auparavant par la section du tendon d'Achille.

Nous ne chercherons pas à déterminer la part active qu'ont eue dans la production de ces résultats les moyens auxiliaires du traitement, tels que les *manipulations*, les *bandages*, le *plâtre coulé*, ou les *machines*. Chacun de ces moyens a eu son degré d'utilité ; car parmi les cas de pieds-bots que nous avons traités sous vos yeux, il n'en est peut-être pas un où ces différents moyens n'aient été associés, et n'aient rendu, chacun dans sa limite d'action, des services signalés. Vous avez vu dans plusieurs cas les manipulations, après la section des tendons, corriger presque instantanément des déformations dont les éléments actifs venaient de disparaître ; nous les avons réduites à peu près comme on l'aurait fait d'une luxation ancienne. Les cas de cette catégorie constituaient, ou les pieds-bots récents, ou les pieds-bots peu prononcés. D'autres cas ont offert des résistances d'un autre ordre et à des degrés plus marqués ; alors les bandages, les machines, le plâtre coulé. Les services spéciaux rendus par ce dernier moyen méritent de vous être rappelés, parce que le plâtre coulé ne peut être suppléé par rien. Quand la difformité était trop considérable ; quand les résistances accessoires empêchaient la main et les machines de profiter du bénéfice de la section des tendons ; quand la peau trop délicate des jeunes sujets ne pouvait presque pas supporter de pression mécanique sans souffrir, sans s'enflammer, sans menaces d'eschares; eh bien! le plâtre coulé, en distribuant des pressions égales sur tous les points du membre, en retenant et concentrant sur toute sa surface les vapeurs bienfaisantes de la peau, ramollissait les résistances et réparait les dommages causés par les machines à la trop grande susceptibilité des téguments, et ramenait des conditions plus favorables et plus faciles à la reprise de ces dernières. Ces circonstances se sont reproduites plusieurs fois pendant le traitement des formes compliquées et extrêmes du pied-bot varus équin, chez des enfants de 2 à 4 ans.

La diversité des formes n'a pas seulement entraîné la diversité des moyens, elle a produit et expliqué tout à la fois les différences de durée et de résultats du traitement. Terme moyen, le traitement du pied-bot a demandé dans les 19 cas qui ont été traités sous vos yeux, quatre semaines environ. Les traitements les plus courts ont été de quinze et vingt jours ; les plus longs de trois mois. Mais je vous ai fait remarquer souvent qu'il existe des conditions bien déterminées qui font varier la durée du traitement. En première ligne, ce sont, non pas les degrés de la difformité, mais sa complexité et son

(1) Cette opération a été pratiquée depuis avec dix autres sections de tendon le même jour chez le même sujet.

Digitized by Google

ancienneté ; ainsi, les cas de pied équin simple ou presque simple (et vous savez ce que j'entends par pied-bot *simple* et pied-bot *composé*), au plus haut degré, ont cédé dans l'espace de six à sept semaines ; au contraire des pieds équins composés, à un moindre degré, ont cédé plus lentement et même n'ont pas cédé rigoureusement dans tous les éléments de la déformation. Vous vous rappelez surtout le cas de pied-équin et de varus équin dans lesquels la rétraction occupait la généralité des muscles de la jambe et du pied ; outre qu'elle donnait au pied des *directions* vicieuses, exagérées et résistantes, elle lui imprimait, ainsi que je l'ai déjà rappelé, des *formes* anormales multiples, des courbures, des torsions de ses faces et de ses bords, des flexions des orteils dans deux sens à la fois ; d'où cette courtesse, ce rabougrissement, cet élargissement du pied si caractéristique de la véritable origine du pied-bot et qui seule aurait pu faire dévoiler l'essence de sa cause. Eh bien ! dans ces cas, nous avons obtenu des résultats plus lents et moins complets ; c'est-à-dire que nous avons bien rétabli *les directions* normales, mais non toujours et complétement *les formes* normales. Toutefois, si la sévérité de nos observations nous oblige à reconnaître cette imperfection de nos résultats, il nous est permis de vous rappeler, qu'avant nous personne ne s'était préoccupé de ces accidents si variés et si multiples du pied-bot composé, et que si nos moyens n'ont pas toujours réussi à les résoudre complétement, dans toute la rigueur du mot, personne au moins n'avait encore essayé de les combattre. Vous avez vu maintes fois, et vous le verrez souvent dans *l'exposé* de nos recherches sur les autres difformités, que le bénéfice d'une analyse délicate et sévère n'a quelquefois que ce triste résultat, en nous révélant des éléments nouveaux du mal, de nous révéler en même temps l'impossibilité radicale de les atteindre.

J'ai encore à arrêter un instant votre attention sur les cas de torticolis ancien et récent dont le traitement a été appliqué sous vos yeux. Vous savez maintenant que ces deux phases de la difformité expriment deux états pathologiques très-différents du système musculaire, lesquels appellent deux méthodes très-différentes de traitement. Déjà nous avons eu l'occasion de vous faire remarquer, en analysant les différentes phases de la rétraction musculaire, que la contracture constitue un état très-différent de la rétraction, et nous avons insisté sur cette distinction importante, que personne n'avait faite avant nous. Or, la contracture, tant qu'il n'y a que contracture, c'est le raccourcissement spasmodique du muscle, c'est le plissement permanent de ses fibres sans altération notable de sa texture, de manière qu'en étendant le muscle contracturé, on lui rendrait tous ses caractères normaux. La rétraction, au contraire, c'est cet état de raccourcissement produit d'abord par la contracture, mais dans lequel la texture du muscle a subi consécutivement des altérations profondes, en raison de sa tension extrême et de son immobilité prolongée, altérations qui donnent à sa texture la consistance fibreuse et graisseuse, suivant les lois que j'ai établies pour ces deux espèces de transformation. Cette distinction entre la contracture et la rétraction n'est donc pas nominale : elle est essentielle, elle exprime deux états foncièrement différents et qui appellent, vous ai-je souvent dit, deux systèmes de traitement différents. La simple contracture permet d'espérer l'allongement immédiat du muscle par les moyens propres à l'effectuer : l'extension, le massage, les frictions, etc.; tandis que la véritable rétraction, le raccourcissement avec dégénérescence fibreuse, implique l'impossibilité du retour des muscles à la longueur normale, ou l'impossibilité d'une élongation mécanique suffisante, par conséquent appelle le secours de l'instrument tranchant. Aussi les difformités récentes par contracture, les torticolis, les flexions des membres peuvent-elles être souvent traitées avec succès par les moyens mécaniques et médicaux, et les difformités anciennes par rétraction, réclament-elles de toute nécessité les moyens chirurgicaux. Nous avons appliqué cette distinction sous vos yeux au traitement du torticolis récent et ancien, et l'expérience a pleinement confirmé les prévisions de la théorie, ou plutôt, messieurs, l'expérience avait elle-même formulé, sous mes yeux, ces distinctions toutes pratiques, avant que je m'en rendisse compte par la théorie. Parmi les moyens qui m'ont paru propres à favoriser la résolution de contracture musculaire récente, je citerai les frictions avec la pommade stibiée : l'éruption que cette pommade détermine m'a paru souvent préparer le succès de l'extension extemporanée, et dans trois cas que j'ai traités sous vos yeux par cette méthode, le redressement de la tête a paru intimement lié au développement des pustules. De simples bandes faisant contre-extension, roulées autour de la tête et attachées en sens inverse aux barres du lit, ont suffi pour maintenir le redressement produit avec la main.

Quant au cas de torticolis ancien que nous avons eu à traiter, il est arrivé à un point très-voisin de la guérison la plus parfaite, et vous savez ce que nous entendons par ces mots : nous y comprenons la disparition d'un élément qui n'avait pas été signalé avant nous, de *l'inclinaison inverse de la colonne cervicale sur la colonne dorsale*, qu'il ne faut pas confondre avec la scoliose, inclinaison que nous avons non-seulement trouvée chez tous nos malades, mais chez tous les sujets qui avaient déjà été

Digitized by Google

traités de leur difformité, et qui étaient regardés de bonne foi comme guéris par les personnes qui avaient fait la section des muscles rétractés.

Nous n'insistons pas sur plusieurs autres opérations, telles que la section des biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, droit interne, couturier, etc., pratiquées pour des difformités du genou et de la hanche. L'examen de ces opérations et des difformités qui les nécessitent fera partie des conférences que nous reprendrons au printemps prochain. Nous ajouterons seulement, comme renseignement statistique, que pendant les quatre mois qui se sont écoulés depuis l'ouverture du service, nous avons eu à pratiquer sous vos yeux 68 opérations de sections de tendons et de muscles, dont aucune n'a été suivie du plus petit accident, et dont toutes par conséquent sont venues démontrer, avec plus de 400 cas d'opérations analogues, que j'ai pratiquées depuis quatre ans, la vérité de notre théorie générale des *plaies sous-cutanées*, et confirmer les avantages que nous avons attribués à cette méthode.

Quatrième partie.— *Applications générales.*

Tels sont, messieurs, les résultats les plus généraux du triple enseignement que nous venons de résumer devant vous. Ces résultats ne vous ont été montrés jusqu'ici que dans leurs rapports avec la science des difformités et l'art de les guérir. Il me resterait à franchir le cercle dans lequel nous nous sommes circonscrit, pour vous signaler les applications qui peuvent être faites de nos études et de nos recherches, spéciales en apparence, à la science générale des maladies. Je vous l'ai dit, en effet, le jour de l'ouverture de ces conférences, il n'y a point de science spéciale, il n'y a que des hommes spéciaux. Je devrais donc, pour motiver cette opinion, vous montrer comment nos premières recherches, élevées à leur signification la plus générale, peuvent concourir à l'avancement de la médecine, comme elles ont l'espoir d'avoir servi aux progrès de la branche spéciale à laquelle elles appartiennent. Cette opinion, pour être justifiée en principe, n'aurait besoin que de vous rappeler ce que j'en dit à l'ouverture de ces conférences. Ce jour-là je vous ai indiqué quelques-uns des résultats de la généralisation de nos observations les plus spéciales : nos quatre premiers mois d'étude ne peuvent avoir accru de beaucoup la somme de ces applications; cependant je vais essayer de vous montrer dans l'histoire du pied-bot et du rachitisme, et dans les applications pratiques auxquelles nous nous sommes livrés, les points par lesquels ces études et ces applications peuvent éclairer la science et l'art en général.

Vous le savez, messieurs, plusieurs fois dans le cours de ces conférences, je vous ai rappelé la loi que j'ai établie, de la corrélation des causes essentielles des difformités avec les déformations qui les traduisent, et *vice versâ;* cette loi pose en principe que :

« *Les causes essentielles des difformités possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance, qu'on peut en général, par la difformité, diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité* (1). »

Cette loi, je l'ai appliquée à la détermination du pied-bot et du rachitisme. Elle a trouvé, si je ne me trompe, dans ces deux applications une confirmation complète. La rétraction musculaire peut être lue dans chacun des caractères généraux et spéciaux du pied-bot; partout elle s'y révèle par les rapports intimes de chacun de ses éléments avec les éléments de la difformité qu'ils engendrent. On peut donc dire que la cause essentielle du pied-bot est matériellement imprimée et spécifiquement empreinte dans chacun de ses produits, et l'on peut ajouter que chacun de ses produits révèle toute la spécificité de son origine. Il en est de même du rachitisme. Il est inutile de vous rappeler ces rapports si nombreux, si intimes, si complexes, et pourtant si bien accusés de la maladie rachitique, avec les déformations du squelette qu'elle entraîne. Vous avez vu d'abord que toutes ces déformations ont des rapports généraux communs avec la maladie; vous avez vu ensuite que partout, dans toutes les parties du squelette, ce sont toujours les mêmes points des os qui sont courbés, violentés; que ces points d'élection de la déformation ont leur raison nécessaire dans le mode d'action de la maladie sur certains points du tissu osseux; que la forme, l'étendue, le siége, le genre de la déformation sont intimement liés, non-seulement avec la nature de la maladie, mais encore avec chacun des éléments de causalité secondaire et immédiate qui complètent son action en lui servant d'intermédiaire; en sorte que la déformation rachitique est non-seulement la traduction générale de la maladie, mais la traduction simultanée et collective de tous les éléments de causalité secondaire dont elle est environnée. Voilà, si je ne me trompe, la vérification et la signification pratique d'un principe de la pathologie générale des difformités. Jusqu'à ce que les applications et les vérifications de ce principe eussent été réalisées, je me suis abstenu d'en montrer la signification la plus générale; cependant, que ce principe de la spécificité des effets, subordonné à la spécificité des causes, est loin de se circonscrire dans le champ où il est né! Cette loi de corrélation nécessaire, expéri-

(1) Rapport sur le concours pour le grand prix de chirurgie de l'Académie des sciences, pag. 17, 1837.

Digitized by Google

mentale, des causes avec les effets, et des effets avec les causes, est applicable à toutes les maladies. Le pied-bot et le rachitisme sont deux maladies, aux mêmes titres que toutes celles qui occupent le cadre nosologique; avec cette différence que la science saura désormais à quelles formes précises, à quels phénomènes distincts, c'est-à-dire à quels effets déterminés elle réservera la dénomination de pied-bot, et à quel phénomène primitif elle rapportera cette collection si variée de phénomènes secondaires, constituant les variétés de la difformité; finalement, avec cette différence qu'elle ne confondra plus le pied-bot avec d'autres difformités du pied, d'origine différente, comme elle ne confondra plus toutes les déviations de l'épine, toutes les difformités du thorax, les altérations tuberculeuses des vertèbres, les manifestations diverses des scrofules, et enfin les différentes espèces d'ostéomalacies avec le véritable rachitisme. Le pied-bot et le rachitisme, comme nous les avons spécifiés, sont deux états morbides définitivement déterminés, et ils sont, en tant que manifestations morbides, analogues à toutes les maladies possibles par leurs caractères, par leurs variétés, par leurs différents ordres de causes, par les différents modes d'association de ces divers éléments, en un mot, par toutes les conditions d'existence et de manifestation, de manière qu'on peut appliquer à chacune d'elles le bénéfice des méthodes de détermination plus sévères et plus fructueuses que nous avons essayé d'appliquer au pied-bot et au rachitisme. La seule différence qu'il y ait, c'est que, d'un côté, les faits sont plus matériels, plus fixes dans chacun de leurs éléments, et plus distincts dans chacune de leurs combinaisons; enfin, ils sont plus saisissables, mieux analysables; de l'autre côté, c'est-à-dire du côté des maladies ordinaires, les faits ont des éléments plus complexes, plus mobiles, moins matériels, moins distincts et par conséquent beaucoup plus difficiles à déterminer. Toutefois, ces différences ne portent pas sur le fond, elles ne constatent qu'un fait, la moins grande fixité, la moins grande matérialité des phénomènes et, par conséquent, une plus grande difficulté d'observation et de détermination; mais cette difficulté n'implique nullement l'impossibilité d'étendre à toutes les maladies les avantages qui pourraient résulter des procédés logiques, employés avec succès dans l'étude du pied-bot et du rachitisme. Nous nous bornons aujourd'hui à ces simples indications, présentées plutôt comme des espérances que comme des résultats. Quand les esprits seront bien pénétrés du sens général de nos travaux, peut-être suivront-ils nos errements, peut-être chercheront-ils dans la foule des maladies désignées sous les noms vagues et collectifs de *pneumonies*, de *gastrites*, de *fièvres graves*, de *méningites*, d'*encéphalites*, etc., des espèces morbides mieux déterminées; peut-être chercheront-ils à débrouiller ce chaos d'oppositions, empiriquement confondues sous des dénominations arbitraires, et à faire le départ des affinités et des différences réelles, en un mot, à leur appliquer notre loi de subordination nécessaire des formes déterminées des effets, à la nature essentielle des causes.

La conséquence de ces principes scientifiques pour l'art, c'est que lorsque les causes essentielles des maladies seront mises en présence de leur caractéristique propre, et réciproquement lorsque la caractéristique propre de chaque maladie sera rigoureusement rapportée à sa cause essentielle, le traitement des maladies ne sera qu'un corollaire toujours facile, du moins quant à la distribution méthodique des moyens, laquelle ressortira presque d'elle-même de la véritable notion scientifique de la maladie. Or que sera-ce, sinon une application de ce que nous avons fait pour le traitement du pied-bot et du rachitisme. Pour cela, je le répète, on devra parvenir à dégager les véritables espèces morbides des assemblages hétérogènes où leur physionomie propre est complétement défigurée, et on n'y parviendra qu'en leur appliquant la loi de corrélation des causes essentielles avec leurs effets propres.

Voilà, messieurs, le sens spécial et général de la première série de nos conférences. Ai-je besoin d'insister pour en faire ressortir le caractère d'unité et de continuité; n'avons-nous pas suffisamment indiqué les rapports que doivent avoir ces premiers essais avec la suite de notre enseignement? N'avons-nous pas vu à chaque pas que ce que nous vous disions de la difformité analysée dans le pied-bot, de la maladie étudiée dans le rachitisme, ne sont que des applications de vues et de principes qui domineront toute l'histoire des difformités, et ne constituent en quelque façon que l'ébauche et le point de départ de nos travaux ultérieurs? Enfin n'avons-nous pas eu soin de vous faire remarquer à chaque instant les rapports généraux que présente l'étude des difformités avec l'étude générale des maladies? Certes je n'ai pas la prétention, messieurs, d'avoir en aussi peu de temps rempli toutes mes promesses; d'avoir justifié toutes mes prévisions; la carrière est à peine ouverte; il me suffit de vous en avoir montré la direction et l'issue lointaine; toutes mes prétentions ne vont pas au delà! Heureux si j'ai pu vous faire entrevoir ce qui pourra résulter de l'ensemble de nos recherches pour l'avenir de la science; heureux si je suis parvenu à vous faire espérer avec moi, que la jeune et intéressante branche à laquelle nous nous sommes voué, reflétera un jour quelque lumière sur l'antique édifice de notre belle médecine!

GAZ. MÉDICALE. — Janvier 1840.

Digitized by Google

Observation relative à une fissure à l'anus traitée par la cautérisation, les mèches et guérie par le monésia; communiquée par M. le docteur J.-F. Payen.

Les bons résultats que j'ai retirés de l'usage intérieur du monésia dans un certain nombre de maladies internes m'ont engagé de bonne heure à essayer cette substance sur les maladies extérieures, afin de mieux observer ses effets et d'étudier sa manière d'agir.

C'est après avoir obtenu ainsi plusieurs fois des guérisons remarquables sur des ulcérations cutanées de diverse nature que j'ai été amené à employer ce nouveau médicament dans un cas de fissure à l'anus; mais fidèle à l'obligation que je me suis imposée en pareille circonstance d'agir toujours comparativement, je n'ai eu recours au monésia qu'après avoir employé infructueusement d'autres moyens qui suffisent quelquefois pour guérir. Ici encore le monésia s'est montré efficace là où les autres moyens avaient échoué, et c'est ce cas dont j'ai pensé que la publication pourrait offrir quelque utilité.

Obs. — M. P... portait à l'anus, depuis plus de cinq ans, une fissure qui avait été reconnue par M. Dupuytren. Presqu'indolente d'abord, elle occasionnait surtout du malaise du côté du col de la vessie; mais le malade se livrait à des occupations actives, il voyageait souvent, etc., et pendant quatre années la fissure conserva plus ou moins ce caractère de bénignité; à cette époque, les douleurs devinrent plus vives et allèrent rapidement en augmentant, la station assise n'était supportée qu'à l'aide de coussins élastiques; la station verticale déterminait vers l'anus une pesanteur fort incommode; la défécation devint extrêmement douloureuse; l'anus était constamment le siége d'une titillation pénible; et souvent une ardeur très-vive, des élancements très-douloureux se faisaient sentir. Le malade fut enfin obligé de garder la chambre.

La pommade belladonée conseillée par M. Dupuytren, des sangsues prescrites par M. Sanson ne produisirent pas d'amélioration, et ce dernier chirurgien conseilla la cautérisation.

J'examinai M. P.; l'anus était le siége d'une constriction considérable et n'admettait que très-péniblement l'extrémité du doigt, à l'aide duquel on sentait en arrière, au-devant du coccyx, et en avant, derrière l'urèthre, une dureté parallèle aux plis radiés de cet orifice; la pression sur ce point était extrêmement douloureuse; en écartant ces plis, je découvris dans le premier point une fissure offrant une longueur de 7 à 8 lignes et une étendue de 3 lignes dans la plus grande largeur; un tiers environ était situé au dehors de l'anus et le reste pénétrait dans cet orifice, au niveau du sphincter. Les bords étaient légèrement durcis, n'étaient pas élevés au-dessus du niveau de la peau et ne présentaient pas de callosités. La surface de la fissure était généralement grisâtre excepté dans le fond où elle était d'un rouge vif.

En examinant le pourtour de l'anus, je reconnus à sa partie antérieure une seconde fissure longue de 4 lignes, offrant à peine de largeur, située toute entière au niveau du sphincter et ne débordant pas à l'extérieur.

Les bords de cette fissure étaient proportionnellement plus durs que ceux de la fissure postérieure; ni l'un ni l'autre ne fournissait une sécrétion appréciable; il existe au pourtour de l'anus quelques poches hémorrhoïdaires.

Je cautérisai avec le nitrate d'argent toute la surface de ces deux fissures, et ce ne fut qu'après quelques jours que je commençai à introduire des mèches enduites de cérat opiacé, afin de ne pas augmenter les douleurs extrêmement vives que la cautérisation avait développées d'abord. Les mèches furent supportées très-impatiemment, quel que fut leur volume. Après quelques jours, j'essayai d'en introduire de très-volumineuses; ayant observé assez souvent sur plusieurs sujets que ces dernières sont mieux supportées que celles d'un volume moyen, j'en passai ainsi plusieurs de près d'un pouce de diamètre; mais elles amenèrent des souffrances tellement vives que le malade agité de mouvements nerveux, privé de sommeil, etc., dut se décider à les enlever après quelques heures. A sa quatrième cautérisation, la fissure antérieure se trouva guérie; mais celle qui était située en arrière restait stationnaire; sur celle-ci huit cautérisations pratiquées en cinq semaines à la distance de quatre à six jours, toutes fort douloureuses, avaient laissé la fissure dans le même état. L'ulcération d'abord élargie s'était rétrécie ensuite par la cicatrisation des bords; mais le fond de la gerçure restait le même et les accidents persévéraient de telle sorte que pendant ce temps le malade n'avait pas cessé de garder la chambre, souvent le lit, et qu'il ne pouvait rester assis qu'en reposant sur une des fesses, afin que le poids du corps ne portât pas sur l'anus.

Cependant j'avais toujours eu la précaution, que je crois essentielle lorsque les mèches ne sont pas assez grosses pour dilater complétement l'anus, de faire pénétrer dans le fond de la fissure des fils de charpie, afin de l'étendre et de la rapprocher ainsi le plus possible de l'état d'une plaie plate.

Dans cet état de chose, je pensai que la cautérisation et les mèches étaient jugées et je reparlai de l'incision comme étant le seul moyen de guérison, bien que cette opération offrît ici quelques difficultés; car je pense que pratiquée sur la fissure même,

Digitized by Google

vers le coccyx, elle aurait été fort difficile à guérir, et je crois que c'était un des cas dans lesquels on doit inciser le sphincter à droite et à gauche sans toucher à la fissure.

Quoi qu'il en soit je proposai à M. P. d'essayer sur lui le monésia et la mèche préparée comme à l'ordinaire, mais peu volumineuse et enduite de cérat opiacé sur-saupoudré avec l'extrait de cette écorce du côté qui correspondait à la fissure; l'aspect de la plaie changea dès les premières applications; elle était surtout moins vive, moins humide; les pansements furent continués ainsi une fois par jour avec une mèche du petit volume, employée par conséquent comme moyen d'application du médicament et non point comme moyen de distension. Le cinquième jour la fissure paraissait séchée; je continuai le monésia jusqu'au dixième jour et la guérison était tellement parfaite qu'il était difficile de reconnaître le point précis qu'avait occupé la fissure.

Cette observation est remarquable : elle semble donner la mesure de l'efficacité de la cautérisation; en effet, ce moyen, favorisé par l'emploi de mèches d'un volume médiocre, suffit pour amener la cicatrisation de la fissure antérieure qui déjà par son siége était de celles qui sont très-rebelles; mais l'autre plus profonde, située dans un point où ces lésions sont en général plus opiniâtres, résista à huit cautérisations, à l'introduction de mèche pendant cinq semaines et céda promptement au monésia.

Je sais bien qu'on pourra m'objecter que la cautérisation seule ayant quelquefois suffi pour guérir des fissures, et ayant dans ce cas même guéri l'une de celles qui existaient, aurait peut-être pu suffire encore; mais je crois être en droit de conclure de ce qui s'est passé que ce moyen aurait été insuffisant quand bien même il aurait été continué, car je n'ai jamais vu le nitrate d'argent amener la guérison des fissures qui aient résisté à sept ou huit cautérisations.

On pourra penser encore que les cautérisations ont favorisé l'action du monésia, en modifiant d'abord la fissure, cela peut être; mais en comparant l'effet obtenu par l'un et l'autre de ces moyens, il est permis de penser qu'employé tout d'abord le monésia aurait avec un peu plus de temps peut-être amené le même résultat.

D'après la manière dont les choses se sont passées, je crois que le monésia seul pourra suffire pour guérir un certain nombre de fissures pour lesquelles l'incision aurait été nécessaire, et dans les cas rares où la cautérisation et même les seules mèches doivent amener la guérison, je ne doute pas que ce médicament ne fournisse un adjuvant très-utile au traitement.

Le succès du monésia, dans cette circonstance, m'a peu surpris; je l'espérais à l'avance par analogie, d'après les bons effets que j'en avais plusieurs fois obtenus dans des cas d'ulcérations rebelles dont plusieurs offrent avec celui-ci une telle analogie, que je crois utile d'indiquer ici les principaux de ces faits.

1° L'extrait de monésia en poudre a amené la cicatrisation d'un ulcère situé à la mâchoire inférieure, lequel avait dénudé la peau dans l'étendue d'une pièce de 5 fr.; mis à nu le périoste, et qui depuis dix mois avait résisté à toute espèce de traitement intérieur et extérieur.

2° Chez une dame affectée d'hémorrhoïdes enflammées, et tuméfiées au point qu'une d'elles se rompit, une défécation difficile produisit plusieurs déchirures longitudinales dans les intervalles des poches hémorrhoïdales; les douleurs furent atroces et chaque garderobe les augmentait; j'introduisis dans l'anus une sorte de suppositoire fait avec une feuille de poirée beurrée roulée sur elle-même et fortement saupoudrée d'extrait de monésia; les douleurs furent presque immédiatement calmées et les fissures guérirent promptement; l'onguent populéum mêlé à l'extrait d'opium n'avait produit aucun soulagement.

3° Sur plusieurs malades affectés d'hémorrhoïdes enflammées et fort douloureuses, le monésia a constamment modéré les douleurs plus promptement et plus efficacement que les autres calmants mis en usage avant lui.

4° Sur un sujet tombé dans un état de faiblesse et d'épuisement extrêmes, qui reconnaissaient pour cause une pleurésie passée à l'état chronique, un vésicatoire existant sur la poitrine se recouvrit d'une couche d'un gris jaunâtre pultacée d'une odeur extrêmement fétide; la surface de la plaie offrait véritablement l'aspect de la pourriture d'hôpital; les douleurs étaient extrêmement vives; comme cela a lieu dans cette complication des plaies; le quinquina en poudre et en décoction, l'eau chlorurée n'avaient pas modifié l'état de ce vésicatoire; le cérat opiacé n'avait pas diminué les douleurs dont il était le siége; la poudre de monésia a calmé immédiatement la douleur; dès le lendemain, l'aspect de la plaie était meilleur, et aujourd'hui que le malade est guéri, l'aspect de la cicatrice indique qu'il y a eu destruction d'une partie de l'épaisseur de la peau.

5° J'ai retiré de fort bons effets du monésia sur des gerçures des seins, lesquelles avaient résisté à la cautérisation avec le nitrate d'argent, chez une dame nouvellement accouchée et nourrice.

6° Dans plusieurs cas de stomatite diphtéritique, dont deux avec gangrène, l'extrait de monésia en poudre appliqué sur les surfaces malades a eu une influence très-favorable.

7° J'ai fait cicatriser des ulcérations sanieuses fongueuses résultant de crevasses, d'engelures sur

Digitized by Google

un enfant scrofuleux, en les saupoudrant de cette même substance.

8° J'ai plusieurs fois obtenu la guérison d'ulcères atoniques aux jambes, en les pansant avec la poudre d'extrait dans des cas où la compression, le sparadrap, le diachylon, etc., n'avaient pas amené la guérison.

9° J'ai tout récemment employé le monésia dans un cas de fistule recto-vaginale survenue il y a six semaines pendant un premier accouchement; les détails de ce fait sont assez remarquables pour que je me propose de le publier, lorsque je serai assuré de la guérison; en attendant, je dirai que, dans ce cas, j'ai encore employé le monésia en application à l'état d'extrait en poudre, et en injection de teinture coupée avec cinq parties d'eau; aujourd'hui que le liquide des lavements ne revient plus par le vagin, qu'il ne s'échappe plus de matières fécales par la fistule, et qu'il est douteux s'il y passe encore quelques gaz, je suis convaincu que le monésia a été très-utile en faisant cesser l'état stationnaire dans lequel la fissure est restée pendant une quinzaine de jours, en soutenant le ton des parties, en modifiant l'irritation déterminée par les matières de la sécrétion ou de l'infiltration, et en desséchant d'une manière remarquable les surfaces malades.

Du fait principal de cette note et des faits accessoires que j'ai relatés sommairement à son occasion, il résulte pour moi cette conviction que le monésia est une substance non moins active contre certaines ulcérations de la peau et des muqueuses qu'elle s'est montrée efficace contre plusieurs maladies internes, notamment celles qui affectent le tube digestif. Je pense que l'admission de ce nouveau médicament dans la matière médicale est toute légitime, et les cas nombreux dans lesquels je l'ai employé extérieurement et intérieurement m'ont convaincu que ce sera une précieuse acquisition pour la thérapeutique.

GAZETTE MÉDICALE.— Janvier 1840.

Lettre sur l'étiologie et le traitement chirurgical des luxations et pseudo-luxations congénitales du fémur; adressée à M. le président de l'Académie des sciences, le 20 janvier 1840; par M. le docteur JULES GUÉRIN.

Ayant été obligé d'exposer et d'appliquer publiquement dans mes conférences cliniques sur les difformités du système osseux, des idées et une méthode de traitement que je crois nouvelles, relatives à l'origine et à la cure des difformités congénitales de la hanche, j'ai l'honneur de vous prier de communiquer à l'Académie le contenu d'un paquet cacheté dont elle a bien voulu recevoir le dépôt le 28 octobre 1839.

Contenu du paquet cacheté.

Étiologie essentielle, variétés anatomiques et traitement chirurgical des luxations et pseudo-luxations congénitales du fémur.

« J'ai établi dans mon *histoire des difformités du système osseux*, adressé au concours de l'Académie pour le grand prix de chirurgie, que le plus grand nombre des difformités articulaires congénitales sont le produit de la rétraction musculaire primitive : j'avais déjà compris dans cette formule générale les luxations congénitales du fémur, ainsi qu'il résulte du rapport de la commission de l'Académie sur mes travaux. Depuis cette époque, j'ai confirmé et développé cette étiologie des difformités congéniales de la hanche, et j'ai été conduit, par extension analogique, à leur appliquer le traitement chirurgical que j'ai appliqué aux difformités du pied, du genou, du col et de l'épine de même origine. Voici les conclusions du travail développé que je compte présenter à l'Académie sur cet ordre de difformités.

» 1° Les luxations congénitales du fémur sont, comme le pied-bot, le torticolis et les déviations de l'épine, le produit de la rétraction musculaire primitive, et les variétés de cette luxation considérées sous le rapport de leur siége, de leur direction et de leur degré, le produit de la rétraction musculaire différemment distribuée et de ses éléments différemment combinés dans les muscles du bassin et de la cuisse.

» 2° Il existe un ordre de difformités congénitales de la hanche, qui n'avait été indiqué par aucun auteur, difformités que j'ai appelées *pseudo-luxations*, parce qu'elles offrent l'apparence trompeuse des luxations sans sortie de la tête du fémur de la cavité cotyloïde; les variétés de ces pseudo-luxations sont elles-mêmes le résultat de la rétraction musculaire différemment distribuée dans les muscles pelvi-fémoraux.

» 3° Le traitement essentiel, efficace de ces difformités, indépendamment des moyens déjà connus, et qu'il faut conserver dans la limite de leur utilité relative, doit consister dans la section des muscles rétractés. J'ai déjà fait cette opération trois fois avec succès : la première fois, le 26 novembre 1838, sur une petite fille qui m'a été confiée par M. le docteur Gaulier, de Thoiry (Seine-et-Oise), et dont la difformité avait été constatée par MM. les docteurs J. Cloquet et Mayor, de Lausanne. Les deux autres opérations ont été pratiquées il y a quatre et deux mois. »

Après cette communication, je serai heureux que

Digitized by Google

M. le secrétaire perpétuel veuille bien ajouter les détails suivants :

Les luxations et pseudo-luxations congéniales des articulations du squelette, autres que celles de la hanche, reconnaissent également pour origine, dans le plus grand nombre des cas, la rétraction musculaire primitive, considérée dans ses trois modes particuliers. raccourcissement, paralysie et arrêt de développement consécutif des muscles rétractés, et les différentes variétés de ces difformités sont, comme celles du cou, de l'épine et du pied, le produit de cette rétraction, différemment distribuée dans les muscles de ces parties. J'ai fait il y a trois semaines, à l'hôpital des Enfants, chez une jeune fille de 14 ans, la section des muscles biceps, demi-tendineux, demi-membraneux et droit interne, pour deux luxations incomplètes du genou, produites par la rétraction primitive de ces muscles; il y avait de deux côtés sub-luxation des tibias en arrière sur les condyles du fémur, rotation de la jambe d'un quart de cercle en dehors, et inclinaison en dehors de cette dernière sur le fémur, de 60 degrés environ. La *rotation en dehors*, l'*inclinaison latérale*, et le *glissement en arrière des tibias*, ont pu dès le lendemain de l'opération être ramenés à la simple flexion normale de la *jambe sur la cuisse*, et, depuis cette époque, il ne reste des deux difformités qu'un certain degré de flexion permanente de l'articulation. J'ai en ce moment à l'hôpital un nouvel exemple de luxation congéniale double des fémurs que je me propose de traiter par la section des muscles rétractés : j'aurai l'honneur de communiquer à l'Académie le résultat de cette nouvelle tentative. Je crois devoir faire observer, en terminant, que la section des muscles dans cette difformité n'a pas pour objet de faire disparaître des obstacles *accidentels* à la réduction, comme cela peut avoir lieu dans les luxations traumatiques, mais de s'adresser à la *cause mécanique* de ces lésions, et d'établir pour leur traitement une *règle nouvelle* pareille à celle que je crois avoir concouru à établir pour le *pied-bot*, le *torticolis*, et plus récemment pour les *déviations de l'épine*.

Pour rassurer immédiatement les personnes qui ne seraient pas convaincues de l'innocuité des opérations pratiquées sous la peau, hors du contact de l'air, j'ajouterai que j'ai fait le même jour, et sans désemparer, chez la jeune fille de 14 ans dont il a été question dans cette lettre, la section sous-cutanée de 13 muscles ou tendons, pour remédier à diverses difformités dont elle était atteinte; dès le lendemain, la malade n'éprouvait aucune espèce de douleur, ni de malaise, ni symptôme d'inflammation quelconque dans le siége des muscles divisés. Ces faits ont été constatés publiquement à la clinique des difformités de l'hôpital des Enfants.

GAZETTE MÉDICALE. — Janvier 1840.

VARIÉTÉS.

—

Lettres sur l'hydrothérapie, ou le traitement par l'eau froide; par MM. les docteurs ENGEL, de Vienne, et BEHREND, de Berlin.

Depuis longtemps bon nombre de nos lecteurs désiraient avoir des renseignements précis sur une nouvelle méthode thérapeutique, qui fait grand bruit en Allemagne. Nous en avons parlé d'abord comme d'une de ces choses qui méritent plus l'observation du moraliste, que l'attention du médecin. L'hydrothérapie ou l'hydropathie, ou enfin l'hydriatrie, s'annonçait avec le fracas et le cortége de vogue et d'enthousiasme qui accompagnent rarement ce qui est raisonnable et vrai. Au dire de beaucoup de gens honnêtes et sensés, il en serait autrement cette fois. Nous avons reçu de tant de côtés différents l'histoire des merveilles opérées par le paysan de Graefenberg, que nous nous permettons de faire part à nos lecteurs de quelques-unes de ces communications. Ils nous savent assez prudents pour ne pas avoir accepté du premier touriste venu les détails qu'ils vont lire. Ces détails nous sont fournis par deux médecins distingués, dont l'un aussi savant que modeste, nous est personnellement connu, et l'autre, un des plus habiles écrivains médicaux de l'Allemagne, jouit dans sa patrie d'une estime méritée.

Voici donc des extraits de deux lettres qui nous ont été communiquées par MM. les docteurs Engel, de Vienne, et Behrend, de Berlin, sur l'hydrothérapie.

Monsieur le rédacteur,

En visitant votre capitale, véritable centre de la civilisation, il est impossible qu'un étranger, animé du désir de s'instruire, ne fasse pas des efforts pour profiter de la perfection qu'y ont atteinte les sciences et les arts. Quelle que soit la partie à laquelle il consacre ses études, il est certain de pouvoir ajouter largement à ses lumières et à ses connaissances. Dans son admiration, il sera cependant saisi d'un juste étonnement en voyant totalement inconnue dans ce pays du progrès une branche de la médecine qui obtient en Allemagne le plus éclatant succès. Excité par un orgueil national légitime, et par le devoir qu'il a à remplir comme médecin, il sent le besoin de faire connaître une nouvelle méthode médicale, vraiment utile à l'humanité, et dont de nombreuses expériences ne permettent plus de contester l'efficacité. Ces motifs, monsieur, sont ceux qui m'ont porté à vous présenter ces quelques pa-

ges, et à vous prier, si vous le jugez convenable, de vouloir bien les insérer dans votre journal, si justement estimé. Sans doute les limites étroites dans lesquelles je suis obligé de me renfermer ne me permettront pas de traiter à fond un sujet si important, et de faire connaître tout à fait l'*hydrothérapie* ou de *traitement par l'eau froide*. Je ne veux, pour le moment, qu'en esquisser les traits principaux, dire quelques mots de son origine, de ses progrès, et le signaler à l'attention des médecins français. Si, comme j'ose l'espérer, ces quelques lignes sont favorablement accueillies, je me propose ensuite d'en parler longuement, et de publier un petit ouvrage, dont le but sera de développer la théorie et la pratique d'un traitement dont je prouverai l'étonnante efficacité par l'énumération des faits caractéristiques choisis au milieu d'un grand nombre, que j'ai eu occasion d'observer moi-même.

De tous les temps l'emploi de l'eau était connu et appliqué dans de nombreuses circonstances. Je crois cependant que notre siècle est destiné à voir l'application s'en répandre encore, et à nous montrer de quelle manière eurent lieu les commencements de la science médicale, aujourd'hui si compliquée. En effet, ce n'est point par de profondes recherches; ce n'est point par des savants mettant à profit l'héritage de leurs devanciers, qu'a été trouvée une méthode curative aussi simple que puissante; c'est à un simple habitant de la campagne, guidé par l'observation de la nature, que l'humanité en est redevable. Priesnitz, dont le nom est aujourd'hui célèbre en Allemagne, habite Graeffenberg, hameau jusqu'à ces derniers temps aussi inconnu qu'isolé, sur une montagne de la chaîne des Sudètes, aux frontières de la monarchie autrichienne. Éloigné, dans sa demeure reculée, de tous les secours de la médecine, il essaya de traiter seul les maux dont lui-même et ses parents furent affligés. Encouragé par le succès, il tenta de guérir des personnes attaquées d'une maladie rebelle à tous les efforts de l'art, la *goutte*, endémique dans ces contrées. Il réussit encore. Alors les observations augmentèrent; son jugement, son coup d'œil acquirent plus d'assurance. Le bruit de ses cures se répandit; la renommée, augmentant de proche en proche, lui amena bientôt des malades, non-seulement de tous les côtés de l'Autriche, mais aussi des pays les plus éloignés. Presque tous retournèrent guéris, ou soulagés d'une manière inespérée. Mais un triomphe plus grand attendait ce médecin formé par la nature. Après avoir été en but à la calomnie, à l'envie, au mépris de l'orgueil scientifique, il voit ses effets appréciés aujourd'hui. On lui rend justice; on le suit dans sa marche, en analysant des succès incontestés désormais, et en basant une théorie sur l'observation de sa pratique. Enfin, plusieurs établissements considérables ont été créés sur le modèle de celui qu'il a fondé, et l'hydrothérapie est en honneur dans toute l'Allemagne.

Comme je l'ai déjà dit, c'est sur une montagne élevée que Priesnitz a fait ses premiers essais, et c'est là que sont venus le chercher des centaines de malades. C'est au milieu d'une sombre forêt qu'il les a reçus, et qu'il a entrepris de les guérir sans autre auxiliaire qu'un air pur, l'eau jaillissante des rochers, et un talent merveilleux, qui sait modifier et adapter à chaque individu, d'une manière variée jusqu'à l'infini, un traitement en apparence si simple, si uniforme.

Mis en vain on lui demanderait la théorie, les principes de son traitement. Quelles que soient l'activité et l'énergie de ses idées, il ne saurait les exprimer; ce n'est qu'en l'observant de près qu'on les peut abstraire de ses actions, qu'on peut le voir suivre les lois de la physique et de la physiologie, sciences dont les noms mêmes lui sont inconnus.

Dans son site sauvage, on voit éparses quelques chaumières de paysans, dont la maison de Priesnitz ne se distingue en rien. Parmi elles s'élèvent deux bâtiments plus grands, construits en grande partie en bois, et destinés à loger ceux qui ont recours à lui. Ils y sont fort à l'étroit et manquent de beaucoup de comforts; mais loin d'en être rebutés, tous sont soutenus par l'espoir de recouvrer la santé. Beaucoup y passent même l'hiver, extrêmement rigoureux dans ces montagnes, où, au mois d'août, je n'ai trouvé, avant le lever du soleil, que six degrés de chaleur. Mais Priesnitz pense que plus la température de l'eau est basse, plus elle est efficace; et, d'ailleurs, la cure, une fois commencée, ne peut être interrompue sans préjudice pour le malade.

J'entrerai à présent dans quelquels détails sur la manière dont le temps est employé par un malade à Graefenberg, et ce sera en même temps donner une idée générale du traitement. Je dis une idée, parce que Priesnitz sait le varier jusqu'à l'infini, suivant les sujets auxquels il est appliqué. Il faut en avoir été témoin pour juger de ses nuances et de ses variations. Ce qui le distingue de tout autre, c'est l'absence de tout agent pharmaceutique; ce sont les transpirations particulières et les crises caractéristiques, qui viennent résoudre tous les maux soumis à l'action de l'eau froide.

Le malade est réveillé à 4-5 heures le matin; on l'enveloppe presque hermétiquement dans une couverture de laine épaisse et grossière; on ne laisse libre que la tête, et tout autre contact avec l'air extérieur est soigneusement empêché. Bientôt la chaleur s'accumule autour du malade, en quantité différente, suivant ses dispositions ou les circonstances atmosphériques. On le laisse transpirer

Digitized by Google

abondamment pour mouiller ses couvertures, pendant que sa tête est couverte de fomentations froides, et qu'il boit autant d'eau froide qu'il désire (1). Dès que le médecin, qui l'observe, juge la perte des humeurs assez grande, il le fait plonger dans un bain froid, préparé d'avance près du lit. La première impression est désagréable sans doute, mais une fois vaincue, une sensation de bien-être ne tarde pas à succéder, et la surface de l'eau se couvre de matières visqueuses et gluantes, produit de la transpiration. Les pores dilatés par la chaleur absorbent fortement le liquide, et d'après toutes les observations, c'est le moment où s'opère l'échange salutaire qui purifie l'organisme. Cette variation subite de température n'a jamais produit aucun accident fâcheux. Toute irritation préalable à l'aide d'un stimulant quelconque a été soigneusement évitée; les poumons ne sont pas échauffés, en inspirant un air chaud et brûlant, comme, par exemple, dans les bains russes; la peau seule est légèrement stimulée.

Sorti du bain, le malade, essuyé et habillé, fait, s'il *le peut*, une promenade, pendant laquelle il boit de *l'eau avec abondance*. Il doit cependant éviter l'excès, *qui s'annonce* par une pesanteur désagréable à l'estomac. L'habitude a produit des prodiges en ce genre. On voit des personnes, presque hydrophobes au commencement, avaler ensuite vingt ou trente verres d'eau par jour. Vient ensuite le déjeûner. On n'y sert que des aliments froids, du lait froid et des fruits : Priesnitz regarde la chaleur comme débilitante pour l'estomac, et il a fait des expériences sur les animaux pour le prouver. Après le *repas*, chacun fait une promenade assez longue, *ensuite se* rend à la douche, en laissant écouler un *intervalle* suffisant pour éviter les accidents. Les malades, dont la peau est habituellement froide, sèche et âpre, la rendent plus apte à la transpiration par des fomentations plus ou moins fréquentes. Ceux qui souffrent de maux locaux les soulagent par des fomentations plus ou moins fréquentes. Ceux qui sont atteints de maux chroniques plus opiniâtres se soumettent à l'influence de l'eau froide, employée en pluie, en poussière, ou, comme nous en avons fait mention, en douche. Il est très-intéressant d'observer l'efficacité de cette dernière manière d'appliquer l'eau froide. Un goutteux, par exemple, qui soumet ses pieds, ses mains, ses articulations souffrantes, gonflées, à l'action d'une chute d'eau assez considérable, éprouve les phénomènes suivants : une vive rougeur les couvre, bientôt une démangeaison intolérable s'y fait sentir, mais aussi la résolution des tumeurs ne tarde pas à commencer, soit par la résorption ou le plus souvent par une suppuration topique.

(1) On ouvre les portes et les fenêtres pour favoriser la transpiration par le courant d'air qu'on établit de cette manière.

Tous les malades en général doivent se donner le plus de mouvement possible et boire une aussi grande quantité d'eau qu'ils peuvent supporter sans se fatiguer. Le dîner a lieu à une heure après midi. Je crois qu'il serait difficile de voir un appétit plus merveilleux que celui que déploient les pensionnaires de Priesnitz réunis tous à la même table. Des individus affligés de maux chroniques, dont en outre la digestion a été dérangée par une foule de remèdes, ne tardent pas à y trouver le rétablissement de leurs fonctions, le retour de leur force vitale. La nourriture est simple et abondante : je ne lui reprocherai que les mets quelquefois trop grossiers pour des estomacs délicats. Chacun en use à discrétion, et suivant ses besoins.

Si la faiblesse des malades ou les crises déjà commencées ne s'y opposent pas, on recommence quelques heures après le dîner le traitement du matin. La douche est cependant défendue comme trop irritante. Après un léger souper, chacun se couche, pour recommencer le lendemain. L'emploi de la journée est un garant du repos de la nuit.

Les sensations, que le traitement hydrothérapeutique fait naître chez les malades, diffèrent essentiellement de celles que leur donnent les autres méthodes.

Au commencement, le retour des forces et le réveil des facultés topiques se font agréablement sentir. Mais l'excitation ne se borne pas à l'organe affecté; elle devient générale et produit une salutaire révolution de toutes les activités vitales. De véritables symptômes fébriles se développent; les douleurs déjà existantes deviennent plus intenses; des maux anciens, et en apparence guéris depuis longtemps reparaissent de nouveau, ce qui arrive principalement dans les maladies qui ont pour cause une discrasie quelconque (les maladies vénériennes, scrofuleuses, arthritiques, etc.) et ses effets ne sont que les avant-coureurs de crises plus caractéristiques.

Presque tous les malades, après un traitement de quelque temps, sentent une démangeaison, une douleur cuisante à la peau, qui se couvre quelquefois de petites taches ou papulles rougeâtres, de formes diverses. Les maladies qui sont causées par l'irrégularité des fonctions nerveuses se bornent ordinairement à cette sorte de phénomènes critiques. S'agit-il au contraire de la guérison des maladies dites matérielles, les phénomènes qui se manifestent suffisent à convaincre l'esprit le plus incrédule de l'efficacité de ce traitement. La sueur,

Digitized by Google

plus abondante de jour en jour, renferme des matières morbides, dont la nature varie selon les diverses maladies. Les différentes nuances de la viscosité et de l'odeur le prouvent incontestablement. Des abcès nombreux, qui crèvent plus tôt ou plus tard, sous la seule influence de l'eau froide, purifient l'organisme des humeurs corrompues. Pendant que les malades sont ainsi couverts d'abcès, ou qu'une sécrétion abondante s'effectue par les différentes voies de la transpiration, de l'urine, des déjections alvines, ils se sentent revivre au physique comme au moral; l'appétit se fait sentir, la nutrition augmente, les souffrances diminuent, la santé ne tarde pas à revenir.

Je terminerai cette notice en énumérant les maladies qui ont surtout été guéries ou soulagées par le traitement à l'eau froide. Ceux qu'elles affligent se rencontrent aussi en très-grand nombre dans les établissements hydrothérapeutiques. On peut espérer avec assurance qu'à mesure que cette méthode sera plus connue, plus exercée dans des circonstances différentes, sous des climats différents, son influence salutaire gagnera en étendue. Mes observations m'ont démontré que ce traitement est efficace, principalement contre les maladies chroniques, accompagnées d'atonie; contre la foule des maladies nerveuses, des différents spasmes, des douleurs dont la médecine ne parvient pas à trouver toujours la cause, contre les fonctions troublées, sans qu'on puisse découvrir un dérangement matériel dans les organes correspondants; les différentes espèces d'engorgement du bas-ventre et tous les maux symptomatiques qui en dérivent, comme les indigestions, l'amaigrissement, l'hypochondrie, les hémorrhoïdes, l'ictère; les maladies nommées discrasiques, comme la goutte, le rhumatisme, les scrofules; les maladies cutanées, les maladies secrètes, et les maladies affectant le sexe féminin : l'hystérie, la chlorose. L'hydrothérapie a rapporté des succès nombreux et parfaits contre toutes ces maladies si souvent le désespoir de la médecine.

J'ai eu encore occasion d'admirer le résultat de l'application de l'eau froide contre les maladies aiguës, accompagnées de symptômes fébriles, comme la fièvre nerveuse, typhoïde, putride, contre celles accompagnées de l'apparition d'un exanthème, comme la scarlatine. Mais un de ses triomphes les plus signalés est celui qu'il a remporté contre les désordres si graves de l'organisme, produits par l'abus de médicaments héroïques, tels que les engorgements produits par le quinquina, les consomptions dues à l'usage de l'iode, de l'arsenic; les suites du mercure, du tartre émétique, et d'autres altérations profondes des tissus qu'on pourrait appeler cacochimie médicale.

Je crois qu'il ne sera pas inutile en terminant d'entrer dans quelques détails sur des faits caractéristiques que j'ai observés moi-même (1).

Dr Engel.

—

Extrait de la lettre de M. le docteur Behrend, de Berlin.

Vous connaissez déjà sans doute, monsieur, par la voix publique et par la presse la méthode entièrement nouvelle d'appliquer l'eau froide à la plupart des maladies internes, méthode découverte par un simple paysan, nommé Priesnitz, homme doué d'une intelligence supérieure et d'un esprit observateur éminent qui l'exerce depuis plus de huit ans, avec l'autorisation expresse du gouvernement autrichien, à Græfenberg (village de la Silésie autrichienne). Le nombre des guérisons obtenues par ce paysan est si grand, ces guérisons elles-mêmes sont si étonnantes, que la multitude des malades qui accourent chez lui, non-seulement de l'Allemagne, mais aussi d'autres pays, et des médecins, qui aiment mieux s'instruire que de s'opposer aveuglément à une nouveauté si éclatante, devient de jour en jour plus grande. Le nombre des malades de tous les rangs de la société étant cette année de plus de quinze cents (cinquante médecins non compris), le village de Græfenberg s'est déjà changé en une petite ville, et comme un examen scrupuleux ordonné par le gouvernement prussien a confirmé le résultat heureux et brillant de cette nouvelle méthode d'appliquer l'eau froide, méthode qui est nommée *hydriatrique* (ὕδωρ, eau, et ἰατρεῖν, guérir); elle a fixé l'attention de tous les autres gouvernements de l'Allemagne. Les succès admirables que le paysan Priesnitz a obtenus et qu'il obtient tous les jours, ne dépendant pas de la qualité ou de la composition de l'eau, qui est une eau pure de fontaine, mais seulement de la manière nouvelle de l'administrer, on a déjà formé des *établissements hydriatriques* dans plusieurs endroits; il y en a à Breslau, à Brunswick, à Dresde, à Gotha, près de Munich, à Cassel, etc., etc., et deux à Berlin, et un de mes amis est sur le point d'en établir un dans quelque ville ou quelque village de la Belgique.

Après avoir vu tant de succès étonnants obtenus par cette méthode *hydriatrique*, après avoir examiné sans préventions les personnes revenues de Græfenberg, et qui y ont été guéries, dont plusieurs appartiennent à ma clientelle, j'ai été avec deux de

(1) Nous publierons dans un prochain numéro les observations thérapeutiques qui accompagnent la lettre de M. Engel.

Digitized by Google

mes confrères à Græfenberg, pour y voir les choses de nos propres yeux, et nous y sommes restés six semaines pour observer la méthode du paysan Priesnitz et pour le voir agir.

Praticien depuis quinze ans, et rédacteur en chef d'un ancien journal médical critique pendant six ans, je m'étais d'abord un peu méfié de cette nouveauté; je la comparais à beaucoup d'autres, dont les auteurs et les partisans ont eu la prétention de réformer l'art médical, et qui se sont enfin entièrement évanouies; mais, monsieur, ce que j'ai vu de mes propres yeux à Græfenberg et dans quelques autres établissements *hydriatriques* m'a frappé et vous frapperait aussi d'étonnement.

J'ai vu des pneumonies et des pleurésies décidées guéries dans trois ou quatre jours par l'eau froide seule sans aucune saignée; j'ai vu une fièvre intermittente prolongée, guérie par l'eau froide seule, sans quinine ou quinquina, ni aucun autre remède; j'ai vu des rougeoles, des scarlatines, des varioles, des fièvres continues et nerveuses, des maladies croupales et trachéitiques, rhumatismales, scrofuleuses, arthritiques, darthreuses, syphilitiques et *mercurielles* de toute espèce; des affections nerveuses, *hystériques*, névralgiques, hypochondriaques, des engorgements et physconies abdominales, des désordres menstruels et hémorrhoïdaux, des indurations et hypertrophies internes et externes, des tumeurs blanches, etc., etc., et toutes ces maladies guéries par l'eau froide sans l'intervention d'aucun remède et dans un temps relativement plus court et moins favorable à la constitution que cela ne se fait par nos autres moyens. L'eau froide est administrée dans toutes ces maladies à l'intérieur et à *l'extérieur*, mais le mode d'application est varié et individualisé selon la forme de la maladie et selon le cas; et l'eau froide sert tantôt comme révulsif, tantôt comme stimulant, tantôt comme dépressif, et dans tous ces cas l'efficacité de l'eau est si manifeste et si déterminée, que le moindre doute est impossible. Si vous aviez vu, monsieur, ce que j'ai vu moi-même, vous n'en douteriez pas non plus.

GAZETTE MÉDICALE.—Janvier, 1840.

De iritide. Commentatio ab illust. societate medico practica quæ Lutetiæ Parisiorum floret, etc., *premio* aureo publice ornata. Scripsit FRID. AUG. ab AMMON, D. M., potentissimi regis Saxoniæ archiater, etc. Lipsiæ, 1838. In-8°, cum tab. æn. II.

Le concours ouvert en 1835 par la société de Médecine pratique sur la question de l'*Iritis* a fait naître un grand nombre de mémoires, dont plusieurs ont été couronnés; celui que nous avons sous les yeux est de ce nombre. Les noms des lauréats et la valeur des mémoires couronnés, à en juger du moins par celui de M. d'Ammon, font voir combien il y avait d'opportunité à attirer l'attention sur une maladie grave de l'organe de la vision, trop souvent méconnue par beaucoup de médecins, et tout aussi souvent combattue par un traitement insuffisant au contraire. C'est ce qui justifiera la longueur de l'extrait que nous nous proposons de faire de l'ouvrage du professeur Ammon. Nous avons d'autant plus de plaisir à faire connaître ce mémoire, que sur presque toutes les questions nous sommes d'accord avec l'auteur; et si notre manière de voir diffère en quelques points de celle de notre savant ami, ces divergences sont peu importantes; nous ne manquerons pas, du reste, de mettre le lecteur à même de juger les deux opinions.

L'auteur divise son travail en six chapitres, dont le premier est consacré à l'anatomie et à la physiologie de l'iris, le second à l'iritis en général, et les quatre autres aux différentes formes de cette maladie.

Superficiellement examiné, l'iris présente sa surface antérieure divisée en trois cercles de couleur et de structure différentes : le plus rapproché de la pupille est le plus foncé en couleur et présente le plus de rides; le moyen est le plus clair; l'externe ou ciliaire tient le milieu pour la couleur, mais se distingue par quelques plis parallèles à la périphérie. L'anatomie démontre que l'iris est une membrane simple; sa séparation en deux lames, antérieure et postérieure, ou iris et uvée, est un produit de l'art. Examinée au microscope, cette membrane paraît formée par un tissu cellulaire dans lequel beaucoup de fibres flexueuses se dirigent du bord ciliaire vers le bord pupillaire. L'auteur n'a jamais pu découvrir de fibres circulaires. La membrane de l'humeur aqueuse, après avoir tapissé la face postérieure de la cornée, se réfléchit sur la face antérieure de l'iris et s'étend jusqu'au bord pupillaire, ce qui se voit facilement sur des yeux de fœtus ou de nouveau-né. Dans aucun cas, M. d'A. n'a pu découvrir cette membrane à la face postérieure de l'iris. La séreuse de l'iris a un aspect villeux et secrète l'humeur aqueuse, tandis que la partie de la séreuse qui tapisse la cornée est chargée de l'absorption de cette humeur. Cette dernière opinion nous paraît au moins hasardée; car quoique la structure de la séreuse cornéenne paraisse différente de celle qui recouvre la face antérieure de l'iris, il n'est cependant pas encore prouvé que l'une sécrète et que l'autre absorbe l'humeur aqueuse. — Les fonctions de l'iris sont d'empêcher l'accès dans l'œil d'une lumière trop vive et de servir à distinguer les objets à des

Digitized by Google

distances différentes. Cette dernière fonction ne doit cependant pas être départie uniquement à l'iris, puisqu'il s'exécute pleinement chez un garçon de onze ans qui n'a pas d'iris, et dont j'ai communiqué l'histoire ailleurs.

Après ces considérations anatomico-physiologiques, l'auteur arrive aux généralités sur l'iritis. Les causes de cette inflammation sont ou externes (traumatiques) ou internes (dyscrasiques). Les principales dyscrasies qui donnent lieu à l'iritis sont la syphilis, les scrofules, la goutte, le rhumatisme, la variole, etc. Ces états disposent à l'iritis, laquelle est alors facilement déterminée par l'insolation, le vent, la fumée, l'application forcée de la vue, l'abus des spiritueux. Il n'est cependant pas rare, du moins si j'en juge par mon expérience, que l'iritis se développe chez ces individus, sans autre cause occasionnelle que la maladie générale elle-même; l'on conçoit d'ailleurs facilement que chez un syphilitique, par exemple, l'iris puisse s'enflammer par suite de l'infection générale, tout aussi bien que les muqueuses, la peau, le périoste. M. Ammon ne le nie pas, du reste, mais il dit que cela arrive rarement. — Il est remarquable que l'iritis s'observe si peu chez les enfants. Un fait curieux observé par l'auteur, c'est que l'iritis est plus fréquente, plus dangereuse et plus sujette aux récidives à l'œil gauche qu'à l'œil droit, ce qui lui paraît provenir de ce que la carotide gauche, émanant directement de l'aorte, porte le sang avec plus de force vers l'œil gauche que cela n'a lieu à droite où la carotide est fournie par la sous-clavière. Je ne puis ni confirmer ni infirmer pour le moment ce qui concerne l'intensité plus grande de l'inflammation à gauche; mais quant à sa fréquence, les observations que j'ai recueillies cette année-ci, qui à la vérité ne se montent qu'à 19, sont contraires à l'opinion émise par l'auteur; car, sur ces 19 iritis non traumatiques, 9 affectaient les deux yeux, 8 l'œil droit seulement, et 2 l'œil gauche.

L'inflammation de l'iris est primitive, ou n'affecte cette membrane que consécutivement à l'inflammation de quelque autre partie de l'œil. Elle est tantôt générale et tantôt se borne à une partie de la membrane; elle siége quelquefois dans le parenchyme de l'iris, d'autres fois c'est la séreuse seule qui est malade. L'iritis peut n'être qu'une irritation inflammatoire, mais avoir aussi les caractères d'une phlogose très-vive, ce qui influe sur sa marche et la rend aiguë ou chronique. Nous discuterons plus bas quelques-unes des divisions admises par l'auteur.

Les symptômes de l'iritis sont décrits avec soin; nous ne nous y arrêterons point; en effet, l'altération de couleur et d'éclat de la membrane, le trouble de l'humeur aqueuse, les changements dans la situation et le mouvement de l'iris, la configuration de la pupille, l'exsudation sur la surface antérieure ou postérieure, ou dans le tissu de la tunique malade, sont mentionnés dans tous les traités d'ophthalmologie. Ajoutons, avec M. d'Ammon, que par suite de l'inflammation de l'iris la sécrétion du pigmentum est augmentée ou diminuée, d'où il résulte que la couleur de la membrane devient plus foncée ou plus claire. La lymphe plastique, qui est si souvent exsudée dans l'iritis, s'amasse quelquefois dans la chambre antérieure et la remplit en partie, sans être adhérente à l'iris; le plus souvent, au contraire, cette lymphe constitue des filaments qui partent du bord pupillaire et reçoivent quelquefois des vaisseaux, lesquels sécrètent une matière brune, jaune ou noire qui colore ces filaments, et qui à tort a été prise pour du pigmentum de l'uvée. Lorsque la lymphe est exsudée dans le parenchyme de l'iris, l'auteur appelle cet état *iridauxesis;* autrefois il lui donnait le nom d'*iridoncosis*. La formation de ces mots et de quelques autres qui se trouvent dans ce mémoire constitue, suivant nous, l'un de ses défauts; car il n'est pas indifférent d'introduire des mots nouveaux et non nécessaires dans une science qui n'est déjà que trop surchargée de termes techniques.

A l'aide de la loupe on distingue les vaisseaux de l'iris enflammée; quelquefois aussi dans les matières exsudées des vaisseaux de nouvelle formation, qui, comme de véritables varices, peuvent laisser échapper du sang; lequel s'infiltre dans le tissu de l'iris et y forme des taches, ou s'épanche dans la chambre antérieure pour constituer l'hémophthalmie.

La sécrétion du pus par l'iris ou le développement d'un abcès dans cette membrane sont plus rares que l'exsudation lymphatique, mais ont été niés à tort par certains auteurs.

La disposition des vaisseaux de l'iris et la forme de la pupille sont considérées par des ophthalmologues distingués comme indiquant la nature particulière de l'iritis. M. d'Ammon n'est pas de cet avis, et notre expérience est complétement d'accord avec la sienne. Il n'en est pas de même pour ce qui regarde la douleur et la fièvre, qui, suivant lui, accompagnent constamment l'iritis : nous avons vu plusieurs iritis chroniques sans douleur et beaucoup de ces inflammations même aiguës ne pas influencer le système vasculaire général.

Un des symptômes les plus constants de l'iritis, c'est un cercle rouge qui entoure plus ou moins complétement la cornée; suivant l'auteur ce cercle dépend des vaisseaux de la conjonctive, de la sclérotique, du ligament ciliaire, ou de la réplétion du sinus veineux de l'iris.

L'inflammation de l'iris se termine quelquefois par l'atrophie du globe oculaire entier; d'autres fois l'atrophie se borne à l'iris; le tissu de cette membrane est raréfié, devient plus mince, perd sa con-

Digitized by Google

tractilité, pâlit. Cette terminaison de l'iritis est rare; on l'observe surtout dans les cas chroniques, chez les vieillards; l'auteur l'a observée plusieurs fois chez des enfants scrofuleux à la suite de blessures à l'œil.

Dans d'autres cas, par suite de son inflammation, l'iris devient fluctuant d'avant en arrière et se complique quelquefois alors de cataracte branlante. En général, la complication de l'iritis avec la cataracte n'est pas rare; cette dernière affection prend naissance, soit par suite de l'extension de l'inflammation à la capsule cristalline, soit par l'effet de l'agglutination à la capsule cristalline des exsudations plastiques occasionnées par l'iritis. Dans ce dernier cas, l'obscurcissement de la capsule n'est que partiel et se dissipe souvent par l'effet d'un traitement convenable.

L'iritis est une maladie trop grave pour ne pas exiger dès le début un traitement énergique. Les saignées générales et locales, ces dernières aux tempes et derrière les oreilles mais jamais aux paupières, les laxatifs, et un régime antiphlogistique sont d'abord à employer. Les révulsifs mis en usage trop tôt *excitent* de nouveau la fièvre. Parmi les moyens locaux *les fomentations* froides simples ou avec addition *de belladone* à l'eau froide, dans les cas traumatiques; dans les autres cas, les belladones en fomentations tièdes, en frictions ou en sachets, et les frictions opiacées, pour calmer les douleurs, sont seules applicables. L'inflammation résiste-t-elle à cette médication, et a-t-elle de la tendance à l'exsudation, le traitement variera suivant la cause de l'iritis et la constitution générale du sujet. C'est alors qu'on emploiera, selon les cas, la cigue, l'ar*nica*, le sénéga, le colchique, la salsepareille, le *tartre stibié*, le soufre doré d'antimoine, le calomel, le sublimé, le précipité rouge, le muriate de baryte, l'huile de térébenthine et de foie de morue, l'hydriodate et le carbonate de potasse ou de soude.

Les indications de chacune de ces substances se trouvent dans les chapitres suivants, où il est question des différentes formes et variétés de l'iris, à l'examen desquelles nous allons passer maintenant.

Le professeur Ammon décrit quatre espèces principales d'iritis : l'iritis traumatique, l'iritis séreuse antérieure, l'iritis parenchymateuse et l'iritis séreuse postérieure.

Quoique l'iritis traumatique eût servi pour ainsi dire de type pour la description générale de l'iritis, cependant nous ne pouvons blâmer l'auteur d'en avoir fait un chapitre spécial; il y avait encore bien des choses à dire qui ne trouvaient pas leur place ailleurs, par exemple, sur le danger relatif des différentes espèces de blessures. Nous ne nous y arrêterons point, de crainte de nous étendre sur des faits assez généralement connus.

L'auteur, avons-nous dit, admet une iritis séreuse antérieure et une postérieure et une iritis parenchymateuse. Déclarons d'abord que les descriptions du docteur A. sont faites d'après nature; les maladies dont il parle on les reconnaît pour les avoir vues bien des fois. Si donc nous allons faire quelques objections à son iritis séreuse, ce n'est pas que nous nions l'existence de la maladie décrite sous ce nom, mais parce que nous trouvons que celui-ci se base sur un fait anatomico-pathologique qui n'est pas démontré. La séreuse qui recouvre l'iris peut-elle s'enflammer sans que le parenchyme de cette membrane soit également affecté, *et vice versâ?* Le doute est au moins permis lorsqu'il s'agit d'un organe si mince et si délicat, surtout quand on lit que le docteur A. a disséqué plusieurs yeux affectés de ce qu'il appelle iritis séreuse, et qu'il a toujours trouvé le parenchyme de l'iris épaissi, tout aussi bien que la séreuse. Encore conçoit-on la possibilité de l'iritis séreuse antérieure, car l'existence de la séreuse sur la surface antérieure de l'iris est démontrée; mais décrire l'inflammation de la séreuse postérieure, tandis qu'il est loin d'être prouvé qu'une telle membrane existe, que des anatomistes très-distingués le nient; et que le professeur Ammon lui-même est obligé d'avouer qu'il ne l'a jamais pu découvrir, c'est ce qui ne nous paraît pas permis. Nous le répétons, la maladie décrite par l'auteur sous le nom d'iritis séreuse postérieure, nous l'avons observée bien des fois, elle n'est malheureusement pas rare; mais nous ne croyons pas qu'elle doive être rattachée à l'inflammation de la séreuse postérieure de l'iris. Les trois espèces d'iritis décrites par M. d'Ammon diffèrent par leur marche plutôt que par leur siége; on pourrait les appeler iritis subaiguë, aiguë et chronique. La première affecte surtout les individus sujets aux rhumatismes; elle s'annonce par l'injection de la conjonctive et de la sclérotique, le larmoiement, la photophobie et la douleur dans l'œil et la région sus-orbitaire. Au début l'iris n'a pas changé de couleur, la pupille n'est pas très-rétrécie, mais elle est immobile ou du moins les mouvements de l'iris sont très-bornés. Si la maladie continue à faire des progrès, la teinte de l'iris s'altère légèrement; puis nous voyons la face antérieure de l'iris se couvrir d'une couche lymphatique ou bien des filaments se former au bord pupillaire, en même temps que l'humeur aqueuse se trouble; quelquefois la matière exsudée s'amasse au fond de la chambre antérieure. J'ai vu, ainsi que M. d'Ammon, ces exsudations simuler un cristallin tombé dans la chambre antérieure. Fréquemment aussi l'humeur aqueuse est sécrétée plus abondamment, la chambre antérieure augmente de capacité; il se développe une hydrophthalmie extérieure.

Dans l'iritis aiguë, qui correspond à l'iritis paren-

Digitized by Google

chymateuse de notre auteur, la marche de la maladie est beaucoup plus rapide et les symptômes sont plus intenses; la décoloration de l'iris est considérable, la pupille fortement rétrécie, ses bords sont inégaux, renversés en arrière; la photophobie et la douleur sont plus vives. Cette espèce se termine quelquefois par suppuration, d'autrefois nous voyons survenir des exsudations, des épanchements sanguins, l'hypertrophie de l'iris.

L'iritis chronique ou iritis séreuse postérieure de l'auteur n'est souvent que la suite de l'iritis aiguë ou subaiguë, mais se développe dans bien des cas primitivement, et alors son début est obscur, au point que lorsque la maladie n'existe qu'à un œil, l'individu affecté ne s'en aperçoit pas pendant quelque temps. La couleur de l'iris n'est point altérée, mais la pupille est presque immobile; au bord pupillaire on aperçoit tantôt un liseré noir formé, suivant l'auteur, par le pigmentum, tantôt un liseré blanc jaunâtre argenté, dentelé; la pupille est inégale ou oblongue, la vue fortement troublée, surtout lorsque la capsule cristalline est également affectée, ce qui est très-fréquent. Peu à peu la couleur de l'iris s'altère, on y aperçoit des dépressions rayonnées noires, puis on voit des exsudations apparaître dans la pupille et finir par l'obstruer. L'auteur a vu quelquefois, outre ces exsudations dans la pupille, la surface antérieure de l'iris être couverte par des exsudations de forme pyramidale, dont la base se trouvait au bord ciliaire, et dont le sommet se dirigeait vers le centre de la capsule cristalline. La douleur, la photophobie, le larmoiement, n'existent point dans l'iritis chronique, ou sont peu intenses.

Après nous être écarté de la marche de l'auteur, pour rapprocher la symptomatologie abrégée des trois espèces principales d'iritis, et faire voir qu'elles diffèrent surtout par leur marche et leur intensité, revenons à notre texte et examinons les différentes formes d'iritis décrites par l'auteur, et surtout faisons connaître les traitements qu'il leur oppose.

L'iritis séreuse antérieure affecte surtout les individus scrofuleux, syphilitiques et rhumatisans, à la suite des blessures de l'œil. Outre le traitement dirigé contre l'iritis, en général l'auteur emploie chez les scrofuleux surtout le muriate de baryte à la dose d'un demi-gros dans une once d'eau de laurier-cerise avec dix grains d'extrait de ciguë; il en donne deux fois par jour, 8 gouttes et davantage. Chez les syphilitiques, c'est la solution de sublimé dans l'éther (1 grain sur 2 gros) qui lui a bien réussi. Dans l'iritis séroso-rhumatismale, il préconise surtout le tartre stibié en solution dans l'eau à la dose de 2 à 3 grains par jour. Il mentionne aussi le colchique, mais ne parle pas de l'huile de foie de morue, qui m'a rendu plusieurs fois de bons services, ni du sublimé corrosif employé par beaucoup de praticiens. Quant à l'évacuation de l'humeur aqueuse recommandée par Wardrop et autres, M. d'A la rejette avec raison dans l'iritis rhumatismale parcequ'elle augmente l'inflammation; elle n'est utile que dans le cas où l'inflammation a beaucoup diminué, mais a déterminé une hydrophthalmie antérieure, et chez les malades qui sont tourmentés par des douleurs intolérables dans l'œil et la tête, et qui se trouvent soulagés par la ponction de la cornée.

L'auteur décrit une variété de l'iritis séreuse que nous n'avons jamais observée et qui doit affecter surtout les individus cachectiques. Il l'appelle iritis séroso-cachectique mixte, et dit qu'elle est caractérisée par un obscurcissement de la cornée, une décoloration de l'iris, l'accumulation d'une masse blanche dans la chambre antérieure; la face postérieure de la cornée ressemble à un ulcère; le centre obscurci de cette membrane devint proéminent; la conjonctive s'injecte et se tuméfie autour de la cornée. La maladie dure des mois et même des années. Lorsque la cornée s'éclaircit de nouveau, on trouve l'iris décoloré, infundibuliforme, la pupille ronde, mais immobile; la vue est troublée ou abolie dès le début du mal; photophobie, larmoiement, douleurs susorbitaires. La cure est difficile; le traitement général est l'essentiel : les bains salins, à l'intérieur la salsepareille, l'arnica, le sénéga et surtout l'hydriodate de potasse ou de soude, sont les remèdes principaux. Les compresses chauffées sont le seul moyen local supporté par l'organe malade.

L'iris parenchymateuse dont l'auteur parle dans le cinquième chapitre se présente sous un grand nombre de formes, soit simples, soit compliquées; les formes simples sont l'iritis arthritique et l'iritis syphilitique; les formes compliquées sont l'iritis syphilitico-arthritique, syphilitico-mercurielle, syphilitico-scorbutique, scrofuloso-syphilitique, scrofuloso-herpétique et scrofuloso-pliqueuse. Nous nous étendrions beaucoup trop, si nous voulions transcrire la description de ces différentes formes, que nous engageons nos lecteurs à étudier dans l'original. D'ailleurs les opinions du professeur Ammon ne présentent rien de particulier relativement aux iritis arthritique et syphilitique, et quant aux formes compliquées, nous avouons que les signes locaux seuls ne nous suffisent point pour etablir le diagnostic; est-ce à dire pour cela que les complications décrites par l'auteur n'existent point dans la nature : loin de nous cette pensée; nous croyons au contraire qu'il est très-essentiel que le médecin examine toute la constitution du malade, et qu'il cherche à découvrir les diathèses qui peuvent avoir déterminé l'ophthalmie, car c'est de cet examen approfondi que dépend la sûreté du pronostic et le choix du traitement. C'est ainsi qu'il n'est pas indifférent

Digitized by Google

qu'une iritis se déclare chez un individu syphilitique qui n'a pas encore subi de traitement ou chez un autre qui a déjà pris beaucoup de mercure. Le premier sera guéri assez rapidement par le sublimé ou le calomel, tandis que ces préparations exaspéreraient l'ophthalmie de l'autre, qui veut être combattue, suivant Ammon, par le foie de soufre, le carbonate de soude ou de potasse, la salsepareille, l'extrait de chélidoine, l'hydriodate de potasse ou de soude, remède auquel j'ajouterai la décoction de Zittmann.

Dans l'iritis syphilitique qui affecte un scrofuleux, les mercuriaux doivent être employés avec beaucoup de ménagements : la cigue, le sénéga, la salsepareille et l'eau de laurier-cerise sont ici très-utiles.

Lorsqu'à la suite de la suppression brusque d'une teigne chez un scrofuleux une iritis se développe, elle est, suivant l'auteur, très-grave : l'iris s'atrophie facilement, des épanchements de sang se font dans la chambre antérieure, l'inflammation se propage à la choroïde, aux procès ciliaires, à la capsule cristalline, et la cécité est amenée par le glaucome ou l'atrophie de l'œil. Dans ces cas, les antimoniaux et les mercuriaux sont nuisibles ; les moyens les plus utiles sont la baryte, la cigue, l'iode, l'eau de *laurier-cerise*, *les* révulsifs et les saignées locales.

Les *traitements* recommandés par le docteur Ammon méritent d'autant plus de fixer notre attention, qu'ils sont basés sur l'expérience, et que ce médecin non-seulement voit beaucoup, mais possède aussi le talent de bien voir.

Ce que nous avons dit plus haut de l'iritis chronique, en parlant de la division des iritis adoptée par l'auteur, nous dispense de nous arrêter longtemps au dernier chapitre, qui traite de l'iritis séreuse *postérieure*. Nous mentionnerons cependant le mode *de traitement* employé par le docteur Ammon dans cette grave maladie. Au début, il combat le mal par les mêmes moyens que les autres iritis : régime doux, végétal, saignées générales et locales, potions salines, acidulées, eaux minérales laxatives, révulsifs, bains tièdes, savonneux. Si l'iritis résiste, il passe à l'emploi du mercure ; outre le sublimé et le calomel, il recommande le précipité rouge sous la forme suivante : précipité rouge, opium âna, 4 grains ; poudre de racine de sénéga ; jus de réglisse âna, 2 gros. M. faites des pilules de 2 grains. Le malade en prendra 1, deux fois par jour, en augmentant d'une pilule par jour, et en buvant une infusion de racines apéritives. Mais ces remèdes sont, de l'aveu de l'auteur, souvent inefficaces. J'ajouterai que très-fréquemment la maladie s'observe sur des individus dont la constitution est tellement détériorée, qu'il est de toute impossibilité d'employer les saignées ou les mercuriaux. C'est alors que le mal est très-grave et le traitement difficile ; on se conduira différemment, selon que l'individu présentera des traces de telle ou telle cachexie. M. d'Ammon recommande chez les arthritiques et les femmes cachectiques par suite de l'âge critique : la décoction de Zittmann, le carbonate de soude avec les extraits de chiendent et de pissenlit. La cigue, le sénéga, la baryte, l'iode, l'huile de foie de morue conviennent aux individus qui, dans leur enfance, avaient été scrofuleux. Les malades sujets aux rhumatismes se trouvent bien de l'usage de l'huile de térébenthine, ainsi que, suivant mon expérience, de la teinture de semences de colchique et quelquefois du sulfate de quinine.

Pour rendre ces descriptions plus claires, M. d'Ammon a ajouté à son livre deux planches coloriées qui représentent différentes formes de l'iritis et diverses dégénérescences produites par cette maladie. Ces planches, ainsi que l'extérieur de l'ouvrage, sont en tout dignes de son contenu, ce qui est en faire le plus bel éloge.

GAZETTE MÉDICALE. — Janvier 1840.

Instruction sur l'usage des poids décimaux ;
par M. MIQUEL.

L'introduction des poids décimaux va momentanément apporter une certaine perturbation dans la pratique de la médecine. On n'abandonne pas en un jour les habitudes de toute sa vie ; une loi peut le prescrire, on peut même comprendre les avantages qu'il y a à l'exécuter ; mais l'esprit est rebelle, ce n'est qu'à la longue que l'on parvient à s'accoutumer à changer le rapport de ses idées avec les choses, et à substituer de nouveaux noms à ceux qui représentent ces idées et ces choses.

Que dans les mesures de longueur il n'y ait plus de pieds, de pouces, de lignes ; qu'il y ait une nouvelle unité appelée *mètre*, qui se divise en *centimètres* et en *millimètres ;* qu'il n'y ait plus d'arpents, de perches, de journaux pour les mesures de superficie, qu'il y ait dorénavant une seule unité nommée *are* divisible en *centiares*, etc., tout cela peut être embarrassant un instant, mais les erreurs que ces changements peuvent entraîner n'ont pas une grande importance et sont réparables.

Il n'en est pas de même en médecine ; et la loi qui vient de supprimer le dosage des médicaments en grains, scrupules, gros et onces, et qui prescrit l'emploi exclusif d'une nouvelle unité multiplicable et divisible, le *gramme*, est de nature à entraîner de grands malheurs, si les praticiens n'apportent pas la plus grande attention dans la substitution des poids métriques aux poids anciens.

Dans la crainte de commettre des erreurs préjudiciables à leurs malades, et s'exagérant peut-être

Digitized by Google

les difficultés du système décimal, plusieurs médecins, il ne faut pas se le dissimuler, continueront longtemps encore à formuler comme par le passé, et laisseront aux pharmaciens le soin de traduire en grammes et en centigrammes, les onces, les gros et les grains. Nous comprenons très-bien une telle préoccupation ; nous apprécions tout ce que cette transition, que la loi exige, peut entraîner d'embarras et de dangers ; nous déclarons légitime la prudente détermination qui portera les médecins à n'employer le système décimal que lorsqu'ils en comprendront parfaitement le mécanisme, que lorsqu'il n'existera plus dans leur esprit la moindre confusion dans la valeur comparative des poids nouveaux et des poids anciens.

Est-ce là cependant une question bien difficile? Faut-il de grands efforts d'intelligence et de mémoire pour comprendre et retenir tout ce qu'il faut savoir pour formuler librement et couramment avec le système métrique? Non assurément. Que nos lecteurs veuillent bien nous prêter quelque attention, et nous allons le leur démontrer dans cette instruction rapide.

Un grand nombre de tableaux, d'articles, de rapports, sur la matière, ont été jetés, depuis quelques semaines, dans le monde médical ; nous le disons à regret, loin de venir en aide aux médecins et de faciliter leurs études, ces travaux sont de nature au contraire, à jeter la confusion dans leur esprit. Les auteurs ne s'entendent pas entre eux ; ils semblent avoir pris à tâche de compliquer ce qui est simple en admettant pour les mêmes choses plusieurs dénominations, en mentionnant des divisions fractionnaires au moins inutiles et toujours pratiquement inadmissibles. Doit-on s'étonner après cela que les médecins soient effrayés des difficultés du système décimal, et répugnent à en admettre l'usage?

Il faut le dire en commençant, nos anciens poids ne peuvent être réduits en poids décimaux qu'approximativement ; tous les auteurs ont dû négliger de petites fractions pour le grain, le gros, l'once. Ainsi, pour le grain qui, poids de marc, fait 5 centigrammes 3 milligrammes, et poids métrique, 5 centigrammes 4 milligrammes, ils se sont accordés tous pour supprimer les milligrammes, et établir que le grain serait représenté par 5 centigrammes.

Le grain est l'unité la plus faible de nos anciens poids médicaux, et, comme telle, la plus importante, elle réclamait donc la plus grande exactitude possible de réduction. On n'a pas pu faire mieux, nous le voulons ; mais puisqu'on a négligé des fractions pour le constituer 5 centigrammes, et qu'on n'y a trouvé aucun inconvénient, n'était-il pas rigoureusement logique, d'accepter cette première base pour arriver à la nouvelle unité décimale le *gramme*, qui, se composant de 100 centigrammes, contient exactement vingt fois 5 centigrammes ou vingt grains?

Pas du tout ; après n'avoir pas été exacts là où il était le plus urgent de l'être, nos auteurs ont voulu être plus rigoureux qu'ils ne devaient, lorsqu'il s'est agi d'une quantité vingt fois plus forte. Ainsi le gramme, qui mathématiquement se compose de 18 grains 43 centièmes, fait 18 grains pour les uns et 19 grains pour d'autres. En vérité, n'est-ce pas créer gratuitement des embarras? et quand on a négligé 1/17 de grain sur un grain, ne peut-on pas ajouter un grain quand il s'agit de 20 grains? Du reste, c'est une inconséquence insigne. Quand on a établi que le grain fait 5 centigrammes, il faut mettre le gramme à 20 grains ; car on ne fera jamais que dans *cent* il n'y ait pas *cinq fois vingt*.

Ceci est d'une importance extrême, et nous tenons avant tout qu'il soit bien établi qu'il est préférable de considérer le gramme comme représentant 20 grains, et que la légère différence qui en résultera avec le poids réel ne vaut pas la peine d'être prise en considération dans la pratique. Nos lecteurs vont voir comme tout va se simplifier à leurs yeux, et quelle immense facilité cela va leur donner pour comprendre à l'instant la partie la plus difficile du système décimal appliqué à la médecine, la réduction des grains en grammes et en centigrammes, comme aussi la reconstitution immédiate des grammes et centigrammes en grains. Cette première difficulté vaincue, le reste deviendra facile, et tout médecin pourra à l'instant librement et sans crainte de se tromper, formuler d'après le système métrique.

Voici un procédé fort simple pour faire comprendre mieux qu'on ne l'a fait encore, le système décimal, et rendre extrêmement facile la substitution des grammes et des centigrammes aux grains.

Tout le monde sait compter par centimes et connaît le rapport des centimes aux sous. Le franc se compose de 20 sous ou de 100 centimes, comme le gramme se compose de 20 grains ou de 100 centigrammes. Avec ce seul rapprochement l'esprit est à l'aise, et l'on peut formuler nettement toutes les divisions du gramme sans crainte d'erreur. Ainsi, le médecin veut-il prescrire 12, 15, 18 grains d'un médicament? il n'a qu'à substituer l'idée de sous au mot grains et réduire les sous en centimes, il aura, par cette opération, réduit exactement les grains du médicament qu'il aura voulu donner en centigrammes. Ainsi, 12 grains feront 60 centigrammes ; 15 grains, 75 centigrammes ; 18 grains, 90 centigrammes ; 24 grains, 1 gramme 20 centigrammes ; 46 grains, 2 grammes 30 centigrammes ; comme 12 sous font 60 centimes ; 15 sous, 75 centimes ; 18 sous, 90 centimes ; 24 sous, 1 franc 20 centimes ; 46 sous, 2 francs 30 centimes. Il y a plus, c'est qu'en substituant l'idée de grammes au mot franc, l'on peut à l'instant savoir le nombre de grammes

Digitized by Google

que forment un nombre quelconque de grains ; ainsi, 100 grains font 5 grammes comme 100 sous font 5 fr. ; 350 grains font 17 grammes 50 centigrammes, comme 350 sous font 17 francs 50 centimes. Autant de francs autant de grammes, autant de sous autant de grains, qui, réduits en centimes, font autant de centigrammes.

Notre numération est bien simple, et nous ne risquons jamais de nous tromper, car nous n'admettons que deux dénominations le *gramme* et le *centigramme*. Nous rejetons comme complétement inutile et propre seulement à jeter la confusion dans l'esprit, le mot *décagramme* (10 grammes) ; nous préférons écrire 10, 20, 30 grammes, que de dire 1, 2, 3 décagrammes. Nous rejetons également le mot *décigramme* (10 centigrammes), nous aimons mieux écrire 10, 20, 30, 40, 50 centigrammes que de dire 1, 2, 3, 4, 5, décigrammes. En cela, nous avons l'autorité de l'expérience qui corrige ce que les systèmes ont d'embrouillé et de défectueux pour l'usage, et vient prouver chaque jour que le plus grand perfectionnement d'une chose c'est de la rendre la plus simple possible. Le mètre est employé depuis longtemps comme mesure de longueur; cependant le *décimètre* (10 centimètres), admis primitivement, n'est *plus usité* ; on dit que la taille d'un homme est de 1 mètre 70 centimètres, et non pas de 1 mètre 7 décimètres. Dans notre système monétaire, le *décime* a été primitivement admis, puisqu'on a frappé des pièces de 2 sous portant ce titre ; cependant, qui a jamais dit 2 décimes pour 20 centimes, 6 décimes pour 60 centimes, 8 décimes pour 80 centimes ?

Nous rejetons également comme complétement inutile la division du centigramme en *milligrammes*. A quoi bon multiplier les mots quand cela ne peut avoir que des inconvénients? Le grain représenté par 5 centigrammes peut être fractionné en autant de parties que l'on voudra, sans que le médecin aille s'embrouiller dans les milligrammes. Veut-on partager les 5 centigrammes en 20 parties, et certes c'est la division la plus extrême que l'on puisse désirer ! Il est préférable d'ajouter 1 gramme d'une substance inerte, aux 5 centig. du médicament actif, et de faire diviser en 20 parties, que de prescrire 2 ou 3 milligrammes de ce médicament ; de faire confectionner 10 pilules ou 10 poudres, avec la quantité indiquee, si l'on veut donner un dixième de grain, que de prescrire 5 milligrammes. N'est-il pas facile, si l'on veut donner 1/4 de grain, de faire faire 4 paquets avec les 5 centigrammes? si l'on veut administrer un 1/2 grain, de prescrire suivant qu'on le veut faible ou fort 2 ou 3 centigrammes?

Nous nous sommes efforcé d'être clair dans cet exposé; si nous avons été bien compris, nous avons la confiance d'avoir abrégé pour nos lecteurs les ennuis que l'étude du système décimal leur aurait coûté. Il nous reste à parler du scrupule, du gros et de l'once.

Un mot suffira pour le scrupule. Tout médecin sait que cette quantité représente 24 grains ; nous devons lui conserver cette valeur. Or, en appliquant notre procédé, comme 24 sous font 1 fr. 20 cent., le scrupule fera nécessairement 1 gramme 20 centigrammes.

La valeur du gros calculée d'après la base de 5 centigrammes pour un grain, ne donnerait rigoureusement pour les 72 grains dont il se compose, que 3 grammes 60 centigrammes, cependant, comme sa valeur est poids de marc de 3 grammes 82 centigrammes, et d'après la livre métrique de 3 grammes 90 centigrammes, avec le codex, avec l'Académie et tous les auteurs, nous établirons que le gros forme 4 grammes. Rien ne sera plus facile pour le médecin que de réduire à l'instant les gros en grammes ; Il n'aura qu'à multiplier par 4 le nombre de gros de médicament qu'il voudrait faire entrer dans une formule, et il aura exactement opéré cette transformation : ainsi, 2 gros d'extrait de gayac feront 8 grammes de cette substance, 3 gros, 12 grammes, etc.

La valeur de l'once en grammes a été differemment indiquée : poids de marc, elle vaut rigoureusement 30 grammes, 59 centigrammes ; et d'après la livre métrique, 31 grammes, 25 centigrammes. Le Codex l'a fixée à 32 grammes. L'Académie de médecine, après un lumineux rapport de M. Double, a assigné à l'once, pour l'usage médical, la valeur de 30 grammes, négligeant ainsi les 59 centigrammes, ou les 11 grains en plus qui la constituent poids de marc. Nous adoptons et nous conseillons d'adopter les 30 grammes pour l'once. La mémoire s'en trouvera mieux. Une once et demi fera 45 grammes; 2 onces, 60 grammes ; 3 onces, 90 grammes ; 4 onces, 120 grammes. Le dosage sera également plus facile, dans les pharmacies. Le médecin n'aura qu'à multiplier mentalement par 3 le nombre d'onces de médicament qu'il voudra prescrire et à ajouter 0 au produit, pour avoir réduit les onces en grammes : ainsi 4 onces d'eau de laitue feront 120 grammes, parce que 4 multiplié par 3, donne 12, et que si l'on ajoute un 0, l'on a 120...

L'on pourra objecter, sans doute, qu'il existe des irrégularités dans notre manière d'interpréter en grammes les poids anciens. Mais ce reproche d'inexactitude peut être adressé également à tous les auteurs et au codex lui-même. Qu'importe, après tout, au médecin de négliger sur la livre un tiers d'once, sur l'once, onze grains ; sur le gros, trois grains? Ce qu'il y a d'important pour lui, c'est de se rendre compte, d'une manière clair et facile, de ce qu'il fait, de donner ce qu'il veut, et comme il le veut. Or, s'il se pénètre bien que le gramme est de 20 grains, le grain de 5 centigrammes, le gros de 4

Digitized by Google

grammes, l'once de 30 grammes; s'il se familiarise avec les rapprochements que nous avons établis entre le grain et le sou, le franc et le gramme, il passera sans trop de difficulté, des poids anciens aux poids nouveaux, et il n'aura point dans cette transition, à redouter de causer de dommages à ses malades.

Puisque les poids anciens ne peuvent être représentés par des nombres ronds dans le système décimal, que pour le faire on a dû mettre de côté la rigueur mathématique, et prendre des nombres approximatifs; pourquoi n'adopterait-on pas, approximation pour approximation, celle que nous proposons, qui ne s'éloigne pas, comme on va le voir d'une manière plus sensible de la valeur réelle, qui lève toutes les difficultés, qui simplifie tout et coordonne d'une manière exacte le système décimal avec les anciens poids? Dans le tableau suivant, nous allons mettre en regard les valeurs que nous adoptons pour les grains, gros et onces, et celles qui les représentent, d'après le système métrique rigoureux.

Rapport des poids anciens aux poids décimaux.

Valeur adoptée par nous.		Valeur métrique exacte.
Le grain,	5 centigrammes.	5 centig. 3 millig.
Dix grains,	50 centig.	53 centig.
Vingt grains,	1 gramme.	1 gram. 6 centig.
Trente grains,	1 gram. 50 centig.	1 gram. 59 centig.
Quarante grains,	2 gram.	2 gram. 12 centig.
Cinquante grains,	2 gram. 50 centig.	2 gram. 66 centig.
Un scrup. (24 grains),	1 gram. 20 centig.	1 gram. 27 centig.
Un gros,	4 gram.	3 gram. 82 centig.
Deux gros,	8 gram.	7 gram. 65 centig.
Trois gros,	12 gram.	11 gram. 47 centig.
Demi-once,	15 gram.	15 gram. 30 centig.
Une once,	30 gram.	30 gram. 59 centig.
Deux onces,	60 gram.	61 gram. 19 centig.
Trois onces,	90 gram.	91 gram. 78 centig.
Quatre onces,	120 gram.	122 gram. 38 centig.
Cinq onces,	150 gram.	152 gram. 97 centig.
Six onces,	180 gram.	183 gram. 56 centig.
Huit onces,	240 gram.	244 gram. 75 centig.
Dix onces,	300 gram.	305 gram. 94 centig.
Douze onces,	360 gram.	367 gram. 1 1/2 centig.

Ce n'est pas sans y avoir mûrement réfléchi, que nous avons pris pour base de nos réductions, comme l'a fait l'Académie de médecine et son honorable rapporteur M. Double, la livre poids de marc de 489 grammes, et non la livre de 500 grammes. Cette base nous a paru mille fois plus simple et plus avantageuse. On nous objectera, comme à M. Double et à l'Académie, qu'en faisant l'once de 30 grammes, nous n'aurons pour la livre que 16 fois 30 grammes, c'est-à-dire 480 grammes. Voilà un bien grand malheur en vérité! Ne vaut-il pas autant, nous le demandons, avoir 9 grammes en moins en prenant l'once pour 30 grammes et la livre pour 489 grammes, que d'avoir 12 grammes en plus, en prenant l'once pour 32 grammes et la livre pour 500 grammes? Car 16 fois 32 font bien 512.

Il ne s'agit point encore une fois, messieurs les savants, de faire des mathématiques transcendantes; il faut avoir un peu de bon sens en toutes choses; le système métrique ne doit pas rester une théorie algébrique hérissée de zéros et de fractions; il faut en faire une chose applicable et sûre. Il y va de la santé et de la vie des citoyens.

Vous savez bien d'ailleurs que la division de l'once en 30 grammes est plus commode; car quoique vous la combattiez et que vous adoptiez, dans vos écrits, l'once de 32 grammes, vous n'en donnez pas moins la préférence, dans vos pharmacies, et vous avez raison, à la division en 30 grammes. Un simple coup d'œil va démontrer laquelle de ces deux divisions peut le mieux s'accommoder à l'usage.

	Premier mode.	Deuxième mode.
Une once	30 gram.	32 gram.
Une once 1/2,	45 gram.	48 gram.
Deux onces	60 gram.	64 gram.
Deux onces 1/2	75 gram.	80 gram.
Trois onces	90 gram.	96 gram.
Trois onces 1/2	105 gram.	112 gram.
Quatre onces	120 gram.	128 gram.
Quatre onces 1/2	135 gram.	144 gram.

Personne ne peut disconvenir que 30, 45, 60, etc., ne soient plus aisés à retenir, par les médecins, que 32, 48, 60, etc.; et que les pharmaciens n'aient également plus de facilité à peser les onces et les demi-onces en suivant la division par 30 grammes.

Digitized by Google

Mais, nous objectera-t-on, depuis 1825 les pharmaciens ne se servent plus des poids de marc ; il leur a été prescrit de n'avoir que des livres de 500 grammes, et, depuis cette époque, ils ont ajouté aux ordonnances des médecins, qui, la plupart, pensent toujours prescrire poids de marc, la différence qui existe entre 489 grammes et 500 grammes : par conséquent vous avez tort aujourd'hui de prendre pour base la livre poids de marc. Mais quels sont, répondrons-nous, les dommages et les embarras qui ont été causés par cette légère substitution? Et s'il n'y en a eu aucuns, pour la petite addition en plus qui a eu lieu depuis quinze ans à l'insu des médecins sur leurs formules, pourquoi voulez-vous vous qu'il y en it davantage aujourd'hui, pour la minime diminution que nous proposons?

Du reste, chacun sait qu'il est des substances, les tisanes, le petit-lait, par exemple, qui ne se prescrivent que par livres et demi-livres : pour celles-là il est préférable et plus simple de les mentionner par 500 grammes (une livre), 250 grammes (une demi-livre), 1 kilogramme (1,000 grammes) 2 livres.

Tableau comparatif des poids anciens et nouveaux à l'usage des Médecins et des Pharmaciens.

POIDS ANCIENS.	GRAMMES.	CENTIGRAMMES	DÉCAGRAMMES (10 grammes).	DÉCIGRAMMES (10 centigram).
1/5 de grain.		1		
1/2 grain faible.		2		
1/2 grain fort.		3		
1 grain.		5		
2 grains.		10		1
3 grains.		15		
4 grains.		20		2
5 grains.		25		
6 grains.		30		3
7 grains.		35		
8 grains.		40		4
9 grains.		45		
10 grains.		50		5
11 grains.		55		
12 grains.		60		6
13 grains.		65		
14 grains.		70		7
15 grains.		75		
16 grains.		80		8
17 grains.		85		
18 grains.		90		9
19 grains.		95		
20 grains.	1			
21 grains.	1	5		
22 grains.	1	10		
23 grains.	1	15		
24 grains, (scrupule).	1	20		
1/2 gros.	2			
1 gros.	4			
1 gros 1/2.	6			
2 gros.	8			
1/2 once.	15		1—5 gram.	
1 once.	30		3	
1 once 1/2	45		4—5 gram.	
2 onces.	60		6	
2 onces 1/2	75		7—5 gram.	
3 onces.	90		9	
3 onces 1/2.	105		10—5 gram.	
4 onces.	120		12	
4 onces 1/2.	135		13—5 gram.	
5 onces.	150		15	
5 onces 1/2.	165		16—5 gram.	
6 onces.	180		18	
8 onces.	240		24	
10 onces.	300		30	
12 onces.	360		36	
1 livre—(1/2 kilogramme).	500		50	
1 livre 1/2.	750		75	
2 livres—(kilogramme).	1000		100	

Les règles que nous venons de poser sont applicables à la traduction des anciennes formules comme à la composition des nouvelles, au gré des praticiens; nos rapports des grammes et des centigrammes à l'once, au gros et aux grains étant invariables et liés entre eux, il n'y aura aucun changement dans les proportions des éléments constitutifs du médicament.

Nous devons un avis à nos lecteurs relativement aux formulaires et à quelques traités de matière médicale déjà rédigés d'après le système décimal; dans tous ils trouveront les médicaments mentionnés en *décagrammes* et en *décigrammes :* ce sont des dénominations, nous le disons encore, que l'on a eu tort d'admettre, et qui ne sont bonnes qu'à troubler l'esprit et à faire commettre des erreurs; elles disparaîtront certainement dans les éditions suivantes. C'est pour l'intelligence des formules ainsi faites, que nous avons ajouté les deux dernières colonnes au tableau qui précède. Quel besoin, nous le demandons, de compter de la manière suivante :

1 grain, 5 *centigrammes.*
2 grains, 1 décigramme.
3 grains, 15 *centigrammes.*
4 grains, 2 décigrammes.
1 once, 3 décagrammes (30 gram.)
2 onces, 6 décagrammes (60 gram.)
4 onces, 12 décagrammes (120 gram.)

N'est-il pas plus simple de dire 5.10. 15, 20 centigrammes, 30,60 grammes? Le mot *décagramme* est peu employé; mais celui de *décigramme* se présente souvent au contraire, dans les formules. Il suffira, toutes les fois qu'on les rencontrera, de rem-

Digitized by Google

placer ces mots par un 0 pour réduire les décagrammes en grammes et les décigrammes en centigrammes. Ainsi 3 *décagrammes* font 30 grammes, 12 *décagrammes*, 120 grammes, comme 4 *décigrammes* font 40 centigrammes, 6 *décigrammes* 60 centigrammes.

Nous recommandons expressément aux médecins d'écrire en toutes lettres les grammes et les centigrammes; de ne point employer la virgule pour exprimer la séparation du gramme des centigrammes: comme 1,30 pour exprimer 1 gramme 30 centigrammes. Cette méthode expose aux plus graves erreurs, car tout dépend de la position de la virgule. Nous n'avons, pour faire sentir le danger de ce système, qu'à transcrire une formule que nous trouvons dans un formulaire, dont la septième édition vient de paraître avec les poids décimaux.

Prenez : Protoarséniate de fer,	1,5 centig.	(gr. iij).
Extrait de houblon,	8 gram.	(ʒ ij)
Poudre de guimauve,	2 gram.	(ʒ ß).

Faites 48 pilules.

Il est facile de voir que l'auteur a voulu écrire 15 centigrammes, puisque leur représentation en grains vient immédiatement après; mais si les anciens poids ne se trouvaient point en regard, et qu'une semblable formule arrivât chez un pharmacien, et fût exécutée, en donnant à la virgule la valeur que sa position lui assigne, au lieu de trois grains ce serait vingt-et-un grains d'arséniate de fer qui seraient délivrés! et quel immense danger pour le malade!

Nous ne saurions trop, en finissant, engager les médecins et les pharmaciens à suivre les bases que nous avons établies : elles sont naturelles, et faciles à comprendre, elles aplanissent tous les obstacles.

Nous devions, du reste, dans cette circonstance, l'exposé et la justification de nos principes aux lecteurs assidus de ce journal; car c'est d'après ces principes que seront désormais rédigées toutes les formules du *Bulletin*.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.—Janvier 1840.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 janvier.

Cas rare de pathologie chirurgicale.

M. Larrey fait en son nom et celui de MM. Roux et Breschet un rapport sur un mémoire adressé par M. Bailleul, chirurgien à l'hospice de Bolbec.

Le cas qui fait l'objet de ce mémoire a rapport à un enfant de douze ans, employé dans une fabrique d'indienne, lequel eut la jambe droite prise dans l'engrenage d'une machine de la force de douze chevaux. La jambe, prise dans un intervalle de six centimètres environ, tomba entièrement détachée du reste du corps en laissant à quatre travers de doigt du genou une plaie irrégulière, formée par le déchirement des muscles jumeaux, dépourvus de la peau. Le tibia, entièrement dénudé et fracturé en pointe, faisant une saillie de plusieurs centimètres; le péroné avait été rompu plus haut à trois ou quatre travers de doigt de son articulation avec ce premier os; la cuisse du même côté présentait deux fractures au fémur, simples et sans solution de continuité aux parties molles, l'une à son quart supérieur et l'autre au quart inférieur.

Le côté gauche de la tête était encore le siége d'une plaie très-irrégulière, de la largeur de la main. Plusieurs portions du cuir chevelu étaient roulées en différents sens, et une partie de l'os pariétal était dénudé de son péricrâne, mais exempt de fracture.

Le bras gauche, le dos et différentes parties du corps présentaient çà et là des traces de contusion et plusieurs excoriations à la peau; car à chaque mouvement de l'arbre tournant, l'enfant frappait contre les murailles ou contre le sol.

Le blessé, quand le docteur Bailleul le vit, un quart-d'heure environ après l'accident, avait le corps tout froid, le pouls et la respiration à peine sensibles; la plaie ne fournissait plus de sang, mais dans les premiers instants l'hémorrhagie avait dû être considérable.

M. Bailleul, étant allé chercher les instruments et les médicaments dont il avait besoin pour remédier à ces graves accidents, trouva à son retour que le malade avait repris l'usage de ses sens, et dès ce moment il eut l'espérance de le sauver. Il pratiqua, peu de moments après, l'amputation de la jambe, au-dessous du genou, et procéda ensuite au pansement de la plaie de la tête. Les bords de cette large déchirure furent réunis au moyen de bandelettes agglutinatives, et le pansement fut terminé par l'application d'un appareil convenable. L'enfant, mis au lit, fut pris d'un profond sommeil, suivi d'une transpiration abondante, et bientôt on eut les espérances les mieux fondées d'une guérison qui, en effet, arriva assez rapidement, bien que la cicatrice de la plaie de la tête fût retardée par des eschares gangréneuses. On aurait sans doute, dit le rapporteur, évité cette affection gangréneuse, si l'on avait excisé les lambeaux désorganisés et débridé les angles de cette plaie contuse. Une autre remarque du rapporteur est relative à l'ordre dans lequel ont été administrés les secours. M. Larrey pense que, dans ce cas, comme dans tous ceux où il y a plusieurs blessures inégalement graves, le pansement doit se terminer par celle qui exige l'opération la plus grave.

Digitized by Google

Éloge de Laënnec, par M. PARISET (1).

René-Théodore-Hyacinthe Laënnec naquit le 17 février 1781, à Quimper, petite ville de Bretagne, comprise aujourd'hui dans le département du Finistère. Sa famille tenait dans la bourgeoisie un rang honorable. Depuis plusieurs générations, elle remplissait des fonctions au barreau; elle exerçait des magistratures locales.

Le père de Laënnec avait fait d'excellentes études. Il cultivait les lettres, et son talent pour la poésie rappelait un de ses compatriotes, Desforges-Maillard, dont la muse pseudonyme avait surpris, cinquante ans plus tôt, des galanteries et des louanges à l'auteur de la *Henriade* et de *Brutus*. Il est des hommes qui, les yeux fermés sur l'avenir, comme Jean la Fontaine, se livrent, dans leur insouciance, au dangereux bonheur de rester enfants toute leur vie. Ce père, homme d'esprit et de goût, n'était point homme de conduite. Veuf de très-bonne heure, avec des enfants en bas âge, il sentit vivement tout ce qui lui manquait pour diriger leur éducation, et soit nécessité, soit sagesse, il abandonna le soin de les conduire à son frère, médecin distingué de la ville de Nantes. Ce frère recueillit avec bonté ces jeunes orphelins, et les fit élever comme ses propres enfants.

. . . .

A l'âge de dix-neuf ans, c'est-à-dire en 1800, il vint à Paris. Sur ce grand théâtre de lumières il éprouva ce qu'y éprouve tout esprit élevé: il sentit croître son ardeur. Aux études obligées de sa profession, il en associa d'auxiliaires, destinées à combler le vide que le malheur des temps avait laissé dans ses idées. Il reprit pour l'approfondir cette langue latine qui a été longtemps le lien des nations, et dans laquelle il parvint à écrire avec une élégance et une pureté trop rares de nos jours. Il se familiarisa par ses propres efforts avec les écrivains grecs, c'est-à-dire avec les plus sublimes esprits qui aient honoré notre espèce, et comme on tentait alors pour sa langue maternelle ce qu'on avait tenté vainement pour l'hébreu, pour le slave, pour le basque; comme une nouvelle école voulait faire de la langue celtique la langue primitive du genre humain, Laënnec prenant à cœur la gloire de son pays, s'engagea dans l'examen scrupuleux de ce singulier idiome. Pour en mieux pénétrer la structure intérieure et les secrets caractères, il en rapprochait les principaux dialectes, ceux que l'on parle encore aujourd'hui dans une partie du nord-ouest de l'Europe, le gaélique et le cymrique; ou, si l'on veut, d'une part l'erse et l'irlandais, de l'autre le gallois, le cornique et, le plus distingué de tous, le bas breton. Qui le dirait? le celtique, au sentiment des plus habiles, serait, de toutes les langues indo-européennes, celle qui, après l'arménien, se rapprocherait le plus du sanscrit, c'est-à-dire de la langue la plus simple et la plus composée, la plus flexible et la plus fixe, la plus sage et la plus hardie, la plus positive et la plus abstraite, la plus harmonieuse et la plus âpre; en un mot, de la langue la plus artistement travaillée qui soit au monde. Le celtique ne serait donc qu'un amas de fragments mutilés d'une langue si parfaite; et cela posé, n'est-il pas naturel, mais aussi n'est-il pas étrange d'entendre encore aujourd'hui parler bas breton sur les rives du Gange et du Bourampouster, et de rencontrer, même dans Homère, et dans les conteurs de France et d'Italie, jusque dans La Fontaine et Molière, des fictions d'origine indienne? Quelle route les a conduites d'une extrémité du monde à l'autre? Ces étroites affinités, et de grammaire et d'inventions aujourd'hui si clairement démontrées, suscitaient dans l'esprit de Laënnec une suite de problèmes sur le berceau commun des nations et sur leurs migrations à la surface de la terre; mais ces problèmes, pris dans leur ensemble, et sous les ténèbres qui les enveloppent, qui les résoudra jamais? Quelles qu'aient été sur ce point les vues de Laënnec, il est probable qu'il en appréciait toute l'étendue et toutes les difficultés, et qu'affranchi de tout autre soin son génie l'eût entraîné dans les profondeurs de l'histoire, comme il le fit entrer plus tard dans celles de l'organisation.

Loin de nuire aux études essentielles, ces études subsidiaires en accéléraient les progrès. C'est que, partagé entre deux genres de travaux, et délassé de l'un par l'autre, l'esprit puise dans celui-ci de nouvelles forces pour celui-là, et réciproquement. En 1801, Laënnec eut au concours les deux premiers prix de chirurgie et de médecine. En 1804, deux thèses se suivirent de près sur Hippocrate, l'une en latin l'autre en français. Ce qu'on a hasardé sur Homère et sur les grands écrivains de l'antiquité, la première le dit sur Hippocrate. Elle met en doute l'existence de ce grand homme. Elle insinue que les ouvrages qu'on lui attribue sont en partie de plusieurs siècles antérieurs à la guerre du Péloponèse, et qu'enfin le nom d'Hippocrate n'est probablement qu'un nom générique, comme celui des Hercules et des Pharaons. La seconde thèse a pour titre: « Propositions sur la doctrine d'Hippocrate, relativement à la médecine pratique. » Et cette thèse est celle que soutint Laënnec. Comme la première, elle a ses paradoxes, et les paradoxes sont quelquefois des vérités. La première qu'établit Laënnec, c'est que pos-

(1) Nous regrettons de ne pouvoir donner en entier le brillant éloge de M. Pariset. Nous en reproduisons seulement les passages les plus saillants.

Digitized by Google

sesseur d'une multitude infinie de faits médicaux, particuliers, disparates, incohérents, contraires, jamais Hippocrate n'en a recherché les affinités pour les rapprocher, pour en former des groupes, pour en faire des espèces et des variétés, des classes et des genres; en un mot, pour en construire un système de nosologie, comme l'ont fait les modernes, et cependant ne les laissant point flotter dans son esprit sans rapports et sans liens, mais ne souffrant pas qu'un seul de ses rapports prévalût sur les autres, et les tînt pour ainsi dire éclipsés. Toute maladie n'était à ses yeux qu'un fait individuel, lequel existerait, quand même tous les autres n'existeraient pas; mais tout voir dans ce fait, tout saisir dans ces prémisses, faire tout converger dans les conséquences, telle était la pratique et telle est la doctrine de ce sublime génie: soigneux, toutefois, quand il décrit, ou plutôt quand il peint une maladie, d'en marquer les symptômes propres et les symptômes communs, ou les épiphénomènes; n'excluant aucun de ces deux ordres de symptômes, les considérant l'un et l'autre comme nécessaires, mais s'attachant aux seconds de préférence aux premiers, parce qu'en effet ce sont les épiphénomènes qui éclairent, dit Laënnec, non sur le siége, c'est ce que font les symptômes propres, mais sur le fond réel de la maladie, sur la marche qu'elle doit suivre, sur les transformations qu'elle peut subir et l'issue qui lui est préparée; en d'autres termes, moins curieux des signes diagnostics que des signes pronostics; et voilà pourquoi la sémiologie, cette branche transcendante de la science et la plus nécessaire peut-être à la pratique, a dans Hippocrate une supériorité si marquée. Je ne suivrai point Laënnec dans ses réflexions sur les vues peu conciliables en apparence qui conduisaient Hippocrate, d'une part, à considérer l'acte fébrile comme toujours identique à lui-même; et, de l'autre, à distinguer les fièvres par des qualifications tirées ou de leurs types ou de leur durée, ou de leur gravité ou de quelques symptômes prédominants, dernier point sur lequel, comme sur quelques autres, Roderic-à-Castro semble avoir prévenu Laënnec. Ce que je rappellerai, du moins, c'est qu'à l'époque où il écrivait sa thèse, et où s'élevait avec hauteur une théorie trop exclusive et trop bornée, Laënnec, autorisé par Hippocrate et par sa propre expérience, admettait des fièvres essentielles et des maladies tout à la fois organiques et humorales, à la génération desquelles tout peut concourir, et les solides, et les liquides, et la force inconnue qui les anime, comme le font sentir avec tant d'évidence et d'énergie quelques lignes du traité sur l'aliment. Enfin, dans une courte note, Laënnec touche légèrement une question encore indécise, et qu'un seul trait de logique eût tranché dès l'origine. Hippocrate a-t-il ouvert des cadavres? Un cri d'affirmation ne s'élève-t-il pas de tous ses ouvrages? N'est-ce pas sur la foi de ses propres sens qu'il parle de certaines affections du cerveau, de la moelle épinière, de la plèvre et des poumons, et pour déclarer, comme il le fait dans une de ses coaques, qu'une plaie pénétrante est mortelle, lorsqu'elle atteint ou la moelle de l'épine, ou le cœur, ou le diaphragme, ou quelque artère, ou quelque nerf, même très-petit, comme Ruysch l'a vu lui-même, ne faut-il pas qu'il ait, comme Ruysch, ouvert et constaté? Que servirait ici l'anatomie du singe ou de tout autre animal? Jetez les yeux sur les livres où Hippocrate décrit avec tant d'ordre et d'exactitude les luxations diverses, et osez conclure, à l'exemple de Lassus, qu'un si beau travail a été fait sans anatomie? C'est surtout l'anatomie pathologique que les asclépiades ont cultivée, comme elle l'a été par Galien, par Cœlius Accrédianus, et par tant d'autres. Qu'une fine et profonde anatomie ait été ignorée d'Hippocrate, c'est ce que j'accorderais sans difficulté, si dans une de ses dissertations Haller n'avait montré que personne mieux qu'Hippocrate n'a connu le moyen sympathique et l'intercostal. Son ignorance, du reste, tournerait à sa gloire. Privé d'un tel secours, n'a-t-il pas donné le premier et le plus beau modèle des constitutions médicales, écrit le traité des eaux, des airs et des lieux, autre modèle qu'ont suivi de grands publicistes, et laissé ces immortels aphorismes, que l'immortel Boërrhave mettait au-dessus des siens, et qui, sauf quelques transformations et quelques taches, renferment encore, sous un si petit volume, toute la philosophie de la médecine?

. . . .

Il existe dans le monde une multitude prodigieuse de petites peuplades encore peu connues, bizarrement diversifiées entre elles par la forme, le volume, la couleur, la consistance, l'organisation, le domicile, les appétits, l'industrie; jouissant toutes d'une vie propre, et néanmoins dépendante, créée, nourrie, fomentée par la douce et humide température d'une vie étrangère; de telle sorte que soustraite à l'influence de cette vie extérieure et protectrice, celle-là s'attiédit et s'éteint. De l'assemblage confus de tant de familles, se compose l'immense tribu des entozoaires; et de même que l'origine de l'homme et des grands animaux se perd dans l'obscurité des temps, de même l'origine de ces êtres parasites se perd dans l'obscurité des organisations qui leur donnent l'hospitalité. Prenez un entozoaire, quel qu'il soit, vous n'en trouverez l'analogue ni dans les airs, ni dans les eaux, ni dans les aliments. Leurs germes ou leurs œufs ne sont nulle part. Et comme des entozoaires se développent jusque dans le fœtus qui habite encore le sein de sa mère, vous chercherez vainement les secrètes voies que leur germe, s'il existait, aurait pu suivre pour pénétrer jusque-là.

Digitized by Google

Entre tant de difficultés, et par suite, entre tant d'hypothèses pour les résoudre, il est des esprits qui ont adopté la plus hardie, et au premier aspect la moins vraisemblable. Ils assignent aux entozoaires une génération intérieure, primitive, spontanée; et la puissance qui crée ces singuliers êtres et les façonne quelquefois sur un plan très-composé, comme le prouverait la distinction, et surtout la séparation des sexes, cette puissance ne serait, pour les auteurs de l'hypothèse, qu'un vestige affaibli, qu'un simulacre de cette puissance universelle, intelligente, organisatrice, qui, rencontrant dans la série des âges une matière amorphe et ductile, la pétrissant, la figurant d'après des types ou des idées qu'elle portait en elle-même, selon la parole de Platon, a jeté à profusion sur la terre tant d'animalités si diverses, à des intervalles dont il n'est plus possible de mesurer la durée; riche et belle hypothèse, conforme au texte de Moïse, et par conséquent orthodoxe, qui choque nos habitudes sans choquer notre raison, plus plausible que la préexistence des germes, laquelle offre, sous un autre nom, les mêmes difficultés, et que justifierait d'ailleurs l'énergie toujours subsistante de cette force plastique qui agit si manifestement dans les matières organisées, lorsqu'elle métamorphose en animal entier les fragments d'un animal, lorsqu'elle répare des parties qu'a retranchées le scalpel, lorsqu'elle refait des os fracturés, renoue des intestins mutilés par la gangrène, ou répand enfin comme un rayon de vie sur ces produits accidentels appelés fausses membranes. J'ajoute que Bremser et Rudolphi ont surpris des vers intestinaux dans le travail de leur formation; ils en ont vu se dessiner les premiers linéaments, de même qu'à la première apparition des animaux en Egypte, on en voyait, dit Diodore, les ébauches sortir à demi formées du limon du Nil.

Quoi qu'il en soit, l'histoire des entozoaires est en partie celle de notre espèce. Les uns accompagnent l'homme sous tous les climats et sont, comme lui, cosmopolites; les autres ne s'attachent qu'aux hommes de telle ou telle contrée; et dans le même homme, ceux-ci s'établissent dans tel organe; ceux-là, dans tel ou tel autre, sans qu'on puisse s'expliquer ces préférences de géographie et de localité. Cette histoire, du reste, est sortie de la plume de près de six cents écrivains, depuis Hippocrate, Arétée, Galien, et surtout depuis Rédi jusqu'à Rudolphi, c'est à-dire de 1684 à 1820. Parmi les noms illustres dont ce catalogue est orné figure le nom de Laënnec. En 1804, il lut à la société de l'école un mémoire en deux parties sur les hydatides ou vers vésiculaires. Dans la première partie, il établit, pour le cinquième ordre, un nouveau genre, celui des acéphalocystes ou le splanchnococcus de Bremser; et une espèce nouvelle, celle du cesticerque à double vessie, laquelle n'est probablement qu'une variété, car on ne la voit point dans un ouvrage publié seize ans plus tard, la synopsis de Rudolphi, écrivain d'ailleurs si exact. Laënnec marque les caractères distinctifs des acéphalocystes, et les quatre modes de génération qui leur sont propres. Dans la seconde partie il propose un tableau systématique de tous les vers vésiculaires trouvés dans l'homme et dans les animaux. Il y inscrit les espèces dont l'existence est réelle, douteuse ou supposée. A ce mémoire se joignaient des dessins qui représentaient, soit les vers eux-mêmes dans leur état naturel, soit leurs parties principales grossies au microscope. Je ne sache pas que ce travail ait été publié. Peut-être ne serait-il pas aujourd'hui sans intérêt de le comparer avec les classifications et les figures données par Zeder, Bremser, Rudolphi et Hippolyte Cloquet.

Que cette digression me soit pardonnée. L'étude des entozoaires est digne du naturaliste et du philosophe autant que du médecin; elle fait voir, comme les infusoires et les moisissures, à quel point la nature sait encore sous nos yeux multiplier les êtres et varier ses combinaisons. Songez, de plus, aux cruelles maladies que cette même étude nous fait découvrir, soit dans l'homme, soit dans les animaux qui le servent, le nourrissent, l'habillent et forment ainsi la plus belle partie de ses richesses; que les gouvernements sages mettent tant de prix à conserver, et qui, pour emprunter les paroles du plus éloquent des naturalistes « figurent plus grandement dans la nature, et font plus de bien sur la terre que toutes les autres espèces réunies. » C'est ainsi qu'en a jugé l'école de Vienne, laquelle fait, depuis trente-six ans, recueillir des entozoaires dans toutes les parties de l'Europe, et même jusqu'au Brésil; elle en possède aujourd'hui cinquante mille individus, appartenant à trente genres distincts et distribués pour ainsi dire par escouades de cinq, huit, dix, douze espèces, dans toute l'échelle animale, depuis l'homme jusqu'au dernier des mollusques. C'est ainsi qu'en jugeait Laënnec lui-même. Attiré par la singularité du sujet, il en avait approfondi les détails; il y faisait des découvertes, et il en prenait occasion de répéter que pour classer convenablement les entozoaires, pour les rapprocher entre eux par leurs rapports essentiels, il fallait chercher ces rapports, non dans les organes extérieurs, mais dans leur structure intime et profonde; car dans les animaux, si les organes extérieurs sont les instruments de leurs actions, c'est dans leur intérieur que réside le principe et la raison de leurs mouvements : idée que peut revendiquer la médecine, et la même qui, plus tard, conduisit Cuvier dans sa belle et dernière classification des animaux. C'est ainsi que se touchent les extrêmes et que les objets les plus petits jettent de la lumière sur les plus grands.

Digitized by Google

Dans les années subséquentes, de 1805 à 1821, Laennec, toujours attaché à la société de l'école, en suivit les travaux et en accrut le nombre par les siens.

. . . .

Ce fut dans la société de l'école que se manifesta la première notion, je dirais presque la première aurore de cette brillante découverte, qui a donné tant d'éclat au nom de Laennec, et dont j'essaierai, dans un moment, de vous présenter l'histoire. En février 1815, il fit amener dans l'assemblée une malade qui, ayant un hydrothorax, faisait entendre, par la secousse hippocratique, le bruit du liquide épanché. Mais ce fut le 1er mai de cette même année qu'il commença la lecture d'un grand mémoire sur l'auscultation, et ce fut le 14 du même mois qu'il fit en public le premier essai de son sthétoscope.

Félicitons-nous de la direction qu'il avait prise et qui devait le conduire à de si beaux résultats.

. . . .

Laennec s'était fait de la réputation : ici commence sa gloire. En 1816, il eut à l'hôpital Beaujon une place de médecin. Il passa depuis à l'hôpital Necker. La médecine a, comme l'astronomie, ses observatoires : ce sont les hôpitaux. Laennec cherchait les difficultés en homme qui sait les résoudre. Il s'attacha surtout aux affections de la poitrine, matière qui pour lui n'était pas nouvelle. En 1810, il avait écrit en latin sur l'angine de poitrine ce mémoire qu'il lut à la société de l'école ; et bien qu'il fût préparé par l'anatomie pathologique, à toutes les altérations que des vices originels et les maladies impriment aux organes de la cavité pectorale, cependant, pour qui veut considérer le nombre, la structure et les fonctions de ces organes, aussi bien que les dispositions générales de cette cavité, il est visible que, par la nature de son choix, Laennec s'engageait dans les problèmes les plus épineux. Pour me faire mieux comprendre, souffrez que je reprenne les choses de plus haut.

De toutes nos cavités, celles où, après la cavité cérébrale, se consomment les phénomènes les plus importants et les plus délicats, c'est la cavité thoracique; les plus delicats, ai-je dit, car ils se passent entre l'air et le sang, de molécule à molécule, à travers ses pores imperceptibles, qui les unissent tout ensemble et les séparent; les plus importants, car pour peu que ces phénomènes soient arrêtés ou suspendus, la vie s'éteint. C'est donc là que la vie, sans cesse menacée, se renoue sans cesse; c'est là que s'opère, de moment en moment, une sorte de résurrection que l'on pourrait appeler perpétuelle. J'ajoute que c'est de là que part, pour être distribué dans toute l'économie, le liquide éminemment réparateur, le sang artériel, que ces phénomènes préparent, et qui sert, peut-être moins encore à la nutrition des organes qu'à l'excitation du système nerveux, c'est-à-dire du système qui vivifie tous les autres.

Tels sont les miracles dont cette caisse mystérieuse est comme le sanctuaire, car ici tout est divin. Une conséquence à tirer de là c'est que, pour maintenir la vie, l'action de ces organes ne doit jamais s'interrompre; il faut qu'elle soit continue, plus continue que celle de l'estomac et du cerveau. Retracez maintenant à vos esprits l'admirable mécanisme dont cette caisse est animée; représentez-vous des masses pulmonaires, molles, spongieuses, épanouies, élastiques, contractiles, sensibles, creusées dans leur intérieur de millions de canaux d'une excessive ténuité, destinées les unes à l'air, les autres au sang; considérez ce dernier liquide, si variable dans sa quantité, si variable surtout dans sa composition; la multitude et l'inconstance de ses éléments; ceux de ses éléments qui se séparent de tous les autres sous forme de gaz, comme le pensent Arétée et Lobstein; ceux qui s'exhalent sous forme de vapeurs et se condensent sur des surfaces ou dans des canaux voisins, pour en entretenir la souplesse ou retenir les corpuscules que l'air y porte si souvent avec lui; ceux qui s'épanchèrent dans les interstices environnants, pour y former des dépôts morbifiques, de nature, de consistance et de couleurs si diverses; considérez les mouvements de ce sang, ralenti, précipité par les passions, le repos, l'exercice, la course, le travail, et pouvant ainsi forcer le calibre de ses propres canaux; considérez le milieu qui nous environne, cet air qui, bien qu'identique dans toutes les régions du globe, reçoit néanmoins tant de modifications opposées, et de la température et des subtiles matières qu'il enlève de partout, et des miasmes dont il est le véhicule; qui, accumulé, retenu, comprimé par ses efforts, ou faisant explosion par des cris, distend outre mesure la membrane qui le reçoit, en rompt la substance, en déchire les vaisseaux; qui peut d'ailleurs agir sur cette membrane de tant de manières, l'humecter et la relâcher, ou la dessécher, l'irriter, l'enflammer, l'épaissir, la durcir, en pervertir profondément les habitudes et les produits; songez au principal agent de la circulation, au cœur, à l'entrelacement de ses dépendances et de ses connexions, à sa structure intérieure, à ses ouvertures et à leurs valvules, à ses cavités et à la cloison qui les sépare, à la tunique flexible et fixe qui l'enveloppe et l'assujettit, aux altérations qui en diminuent, en augmentent, en dénaturent la substance; et en font changer le volume, la figure, la situation; songez aux conditions primitives de tant de parties si diverses, à leur force, à leur faiblesse originelles, aux oscillations si étranges de résistance ou de ton que leur transmet la puissance nerveuse, cette puissance qui est nous-même, et nous est si profondément cachée; et, pour clore cette longue énumération,

Digitized by Google

peignez-vous cette double enceinte, formée d'arcs osseux minces, longs, étroits, recourbés, mobiles, dont les intervalles sont fermés par une double couche de muscles minces comme eux; derniers organes qui, secondés par des muscles extérieurs, et mis en jeu par l'être invisible qui régit toute l'économie, dilatent ou resserrent la capacité de la poitrine, et, par cette alternative, mettent en mouvement tout ce merveilleux et grand appareil. Réunissez maintenant dans vos esprits toutes ces données; embrassez d'un coup d'œil cette société d'organes d'un tissu si fin, si délié, et livrés par leur délicatesse même à tant de causes de lésions; considérez surtout cette enceinte extérieure, qui les couvre comme une voûte et les protége, mais qui, mince et facilement pénétrable, parce qu'elle est mobile, les défend mal contre toutes les atteintes et les intempéries du dehors; et, de cet ensemble d'idées, concluez ce qu'on doit conclure de toute organisation fine, subtile et complexe, savoir, que, plus elle est essentielle à la vie, plus elle est compromise dans son action, ce qui revient à dire que plus elle est nécessaire plus elle est *périssable*.

Ne vous étonnez donc pas de voir dans tous les climats les maladies de la poitrine si répandues et si dangereuses. Le merveilleux serait qu'elles fussent partout plus légères et plus rares. Toute l'antiquité les a connues. Vous les rencontrez dans tous les ouvrages : elles sont nées avec notre espèce; triste compagne que nous donne la perfection même de nos organes! Pour discerner toutes ces maladies, pour en découvrir le nombre, les caractères, l'origine, le développement, la marche, les accidents qui la traversent ou la favorisent, les conversions ou les métamorphoses, les terminaisons heureuses ou funestes, et les signes qui les annoncent, enfin, pour en régler le traitement, et l'approprier aux nécessités éventuelles, la médecine a déployé de bonne heure toute la patience et la sagacité du génie. La séméiotique d'Hippocrate sur les principales maladies de cette nature, la pleurésie et l'empyème, la pneumonie, la phthisie, la vomique, etc., cette séméiotique, reproduite avec un talent admirable par quelques écrivains modernes, comme on le voit dans le grand et beau livre de M. Double, cette séméiotique forme un corps de doctrine où il semble que rien n'est omis. Elle supposerait, dans son auteur, un excellent diagnostic; et toutefois, c'est une incontestable vérité que, depuis Hippocrate jusqu'à Baglivi, qui en jetait un cri de douleur, jusqu'à Pierre Franck, et jusqu'à nous, c'est-à-dire jusqu'à Laennec, le diagnostic des affections de la poitrine était rempli d'incertitude et d'obscurité. Cependant, il faut le reconnaître, de tous les symptômes et de tous les signes soumis à l'investigation des sens et aux calculs de l'esprit, il n'en est pas un qu'Hippocrate ait négligé. Il interroge la respiration, la physionomie, l'attitude, la chaleur, le sommeil la qualité des excrétions; il interroge surtout les matières expectorées et la douleur; il en étudie, d'un côté, la facilité, la consistance, la coloration; de l'autre, le degré, l'étendue, la mobilité, ainsi de suite; enfin il écoute le bruit qui résonne quelquefois dans une poitrine affectée, et annonce toujours quelque chose de funeste. On connaît celui que produit la succession ou l'hydatisme de Cœlius Aurelianus. On sait ce que le bruit révèle sur la quantité du liquide et le danger de l'épanchement. L'oreille longtemps appliquée sur différents points de la poitrine, Hippocrate entend gronder les viscères qu'elle renferme, comme gronde quelquefois l'estomac. Ailleurs, pendant une orthopnée, et parmi les efforts d'une toux sèche et violente, il saisit dans les poumons une sorte de chant; il va jusqu'à surprendre le murmure, le cri du sang dans les vaisseaux, et ce cri, il le compare au cri du cuir qui sert pour la chaussure. Il a connu le râle bronchique et le râle crépitant; il savait qu'en passant sur les mucosités, l'air les condense, les durcit, et rend ainsi la respiration plus nécessaire en la rendant plus difficile, le mal s'aggravant par le remède. Enfin, lorsqu'il assigne aux différentes respirations leurs caractères, après avoir parlé des respirations grandes, rares, denses, entrecoupées, quelle respiration pensez-vous qu'il désigne par la qualification de respiration bourbeuse, laquelle ne se fait entendre, ajoute-t-il, par un seul mot, à sa manière, que lorsque la poitrine ne se contracte presque plus? Question dont le savant Illmer demande, il y a un siècle, la solution au Vénitien Vanini; et cette solution, Laënnec était peut-être, il y a vingt ans, le seul qui fût en état de la donner.

En 1763 parut Avenbrugger. Il apportait aux médecins, pour l'exploration de la poitrine, et l'étude des maladies de cette cavité, une méthode qu'il avait inventée, et que l'on connaît sous le nom de méthode de percussion. Négligée dans l'origine, comme il arrive presque toujours aux plus utiles découvertes, mais pratiquée et bientôt célébrée par Stoll, cette méthode était à peu près inconnue parmi nous, lorsque Corvisart la tira d'un oubli qui était une perte pour l'art. Elle comblait en partie, dans le diagnostic des maladies de la poitrine, les lacunes que j'ai signalées; et les succès qu'en obtint Corvisart lui donnèrent un nouveau lustre. Toutefois je crois savoir que, si elle lui épargna très-souvent de grandes erreurs, elle ne lui épargna pas quelques méprises, et que, dans les premiers essais qu'en fit Laennec, elle ne répondit pas toujours aux espérances qu'il en avait conçues. C'est alors que l'idée lui vint de se frayer une nouvelle route, et, soit dessein, soit hasard, il reprit celle qu'Hippocrate avait ou-

Digitized by Google

verte, et résolut de la suivre jusque dans ses dernières ramifications.

Il faut se mettre, en effet, dans l'esprit que l'auteur de notre être a pourvu l'air atmosphérique de deux propriétés merveilleuses. Comme corps chimique, l'air est pour la vie d'une absolue nécessité. Comme corps élastique, aucun instrument n'est plus propre à dévoiler dans les organes les lésions qui la menacent. En marchant dans l'intérieur des poumons, l'air rencontre des angles, des replis, des aspérités, sur lesquels, par la collision de ses molécules, il joue le double rôle d'archet et de corde sonore; il vibre, et ses vibrations diffèrent et varient prodigieusement de timbre et d'énergie. Tant que l'air reste muet, ces vibrations sont à peine sensibles; mais, quelque faible qu'elles soient, elles traversent néanmoins l'enveloppe extérieure, et sont saisies par une oreille délicate; à plus forte raison sont-elles perceptibles quand l'air devient voix, quand il parle, quand il éclate; et même, n'étant que simple voix, c'est lui, ce sont ses vibrations qui impriment à la capacité de la poitrine les frémissements qui l'agitent, et qui font surtout trembler la poitrine des Arabes, lesquels feraient, en quelque façon, toucher leur voix aussi bien qu'ils la font entendre. Toutefois, c'est lorsqu'il parle que l'air, que la voix prend un timbre, c'est-à-dire une physionomie propre et distincte de toutes les autres. Quelles que soient, du reste, les innombrables modifications que l'air contracte en parcourant ses voies accoutumées, soit lorsqu'il y pénètre, soit lorsqu'il en sort, nous devons, à l'exemple de Laënnec, n'en admettre que deux ordres, celles qui sont liées à l'état sain des organes et celles qui sont liées à l'état maladif. Ces deux ordres se serviront entre eux de contre épreuve; mais l'état sain est un, pour ainsi dire, au lieu que l'état maladif se diversifie à l'infini. Les modifications correspondantes vont donc se multiplier dans la même proportion; et il est visible que la gravité de ces dernières modifications, considérées comme signes, se mesurera sur la différence qu'elles auront avec les premières. C'est sous ce point de vue, si je ne me trompe, que Laënnec envisageait le diagnostic qu'il allait établir et associer pour jamais aux créations d'Hippocrate.

Ses recherches l'occupèrent trois années. Chaque jour était marqué par des découvertes inattendues et de la plus singulière originalité. C'était un nouveau monde que l'oreille, cette fois, ouvrait à l'esprit. De là le nom d'auscultation qu'a reçu la méthode. Elle est médiate ou immédiate. Vous parlerai-je de la première? Vous parlerai-je de l'instrument que Laënnec interposait entre lui et les malades, et dont il espérait obtenir des perceptions plus justes que de ses propres organes? Sauf un petit nombre de cas par exemple, pour des lieux d'un accès difficile, ou pour ceux dont l'examen pourrait blesser la pudeur, ces cas exceptés, dis-je, cet instrument est aujourd'hui délaissé. C'est qu'en effet le sthétoscope ne sera jamais pour l'ouïe ce qu'est le télescope pour la vue : et que l'oreille sera toujours, comme le dit Euler, le plus parfait instrument d'acoustique. Maintenant reconstruisez dans votre esprit cette organisation où le sang s'élabore, et d'où il s'élance dans toute l'économie; reprenez l'un après l'autre tous les objets qui la constituent; et dans chacun de ces objets, aussi bien que dans leur ensemble, supposez les altérations les plus variées et les plus bizarres; tous les changements imaginables de texture, de dimension, de volume, de dilatation, de resserrement. Supposez des engorgements, des infiltrations, des tumeurs, des épanchements de liquides ou de gaz; des compressions, des refoulements, des endurcissements, des atrophies, et par contre-coup, des hypertrophies; supposez des inflammations et des gangrènes; supposez des communications anormales, des perforations, des crevasses, des fontes purulentes ou de ces produits accidentels dont j'ai donné précédemment quelque idée, fibreux, cartilagineux, osseux, ainsi de suite; puis, l'oreille appliquée ici ou là sur la poitrine; écoutez les impressions qu'elle reçoit : vous entendrez les bruits les plus étranges : des retentissements de cavernes ou d'amphores, des murmures, des gargouillements, des ronflements, des sons de basse, des tintements de métaux, des râles, des souffles, des râclements et des cris de râpes; et si vous faites parler les malades, vous entendrez des voix incertaines, entrecoupées, chevrotantes, et contrefaisant ainsi par leur timbre, les cris de certains animaux; vous entendrez des éclats de voix qui viendront vous frapper brusquement, comme s'ils avaient percé la poitrine. Les bruits de toux prendront les mêmes caractères; en un mot, où que soit la lésion; quels qu'en soient la nature, le degré, l'étendue, l'action sur les parties environnantes; quelle qu'en soit la simplicité ou la complication; tenez pour certain que l'air qui entre, que l'air qui sort, que l'air rendu sonore par la toux, ou transformé en voix et en parole, recevra du dérangement intérieur, un cachet qui vous dira tout et vous instruira même par son silence. J'ajoute que les autres signes tirés, ou de la percussion, ou de la mensuration, ou de la simple inspection des surfaces extérieures, et ceux que l'on tire du pouls, de la chaleur, de la fièvre, etc., tous ces signes étant rapprochés de ceux que donne l'auscultation, vous verrez ces derniers signes confirmer, étendre, restreindre, rectifier tous les autres; quelquefois même y suppléer, car il est des lésions cachées, et ce sont souvent les plus dangereuses, dont le secret ne peut être révélé que par l'auscultation. Enfin une maladie de poitrine étant

Digitized by Google

donnée, si, pour l'explorer et la connaître, vous faites marcher de front toutes les méthodes, non-seulement vous pourrez saisir le désordre à son origine, mais encore le suivre dans ses évolutions et ses phases, et régler le traitement sur les variations du diagnostic; toutefois retenez bien que, même dans les cas les plus simples (et les plus simples en apparence sont quelquefois les plus redoutables), jamais ce diagnostic ne s'achève et ne s'établit avec sûreté que par l'auscultation.

Et cependant, comme tout ce qui est humain, cette méthode a ses limites. Il est des objets qu'elle ne peut atteindre; elle a donc ses lacunes, ses erreurs, ses déceptions. Bien que nécessaire à toutes les autres, elle est souvent dans leur dépendance et ne tire sa valeur que de leur concours; aussi a-t-elle fait revivre la percussion qui tombait dans l'oubli. Enfin de quelque prix que soit pour l'art une telle découverte, il est certain qu'elle était en principe dans quelques paroles d'Hippocrate. D'autres parmi les modernes et les contemporains l'avaient connue et même pratiquée; spécialement M. Double. Mais les paroles d'Hippocrate étaient mal comprises, controversées, et même rejetées par les commentateurs. Les modernes n'avaient qu'ébauché la méthode, sans en soupçonner l'étendue, et, souffrez ce langage figuré, anciens modernes, contemporains, tous se sont tenus à l'entrée de la grotte; aucun n'en a sondé les profondeurs, n'en a consulté les oracles, n'en a rapporté les réponses. Laënnec seul en a eu la gloire, et cette gloire; quels efforts, quels travaux, quelles fatigues elle lui a coûtée! que de persévérance et de courage! Lui qui luttant contre sa faiblesse naturelle et contre une fièvre qui se rallumait sans cesse; lui qui, bravant l'intempérie des saisons les plus rigoureuses, s'arrachait à sa paisible retraite pour courir à son hôpital, à son amphithéâtre, où l'appelaient, parmi des débris de mort, tant de vérités nouvelles. Heureux de trouver dans ces tristes débris la confirmation de ses premiers jugements! heureux de rattacher ainsi par leurs propres liens les effets et les causes et d'en former pour l'esprit des groupes invariables! heureux enfin de sentir qu'il agrandit la science, qu'il se donne de plus en plus des droits à l'estime des hommes, et à l'immortel honneur d'inscrire un jour son nom entre les noms d'Hippocrate et d'Avenbrugger!

En 1819, Laënnec publia deux volumes sur l'auscultation. Il y exposait sa méthode et ses résultats. Partout surprise et curiosité; quelques voix s'élevèrent, mais l'expérience parla, qui les rendit muettes. La méthode fut universellement adoptée; elle traversa les continents et les mers et se répandit parmi les peuples. Des médecins partis d'Allemagne, d'Angleterre, des Etats-Unis, vinrent à Paris et se mirent sous la direction du maître pour se former à l'auscultation. L'ouvrage fut traduit en plusieurs langues; des éditions se succédèrent, toujours plus riches et plus volumineuses. Les dernières ont reçu des notes, les unes d'un parent, d'un ami, d'un élève de Laënnec; les autres, de notre confrère M. Andral, qui l'explique, le justifie, le complète et quelquefois le contredit; mais dans le langage réservé d'un écrivain qui sait concilier le respect qu'il doit à la vérité avec celui que tout homme doit se porter à lui-même dans la personne qu'il combat. Gardez-vous de croire, du reste, qu'en écrivant son ouvrage, Laënnec se soit tenu strictement dans le cercle de ses propres idées; à chaque page viennent sous sa plume les plus hautes questions médicales, et il les traite avec la même indépendance et la même élévation. Mais ce qui relève surtout l'excellence de la méthode, c'est, je ne dirai pas cet unanime concert de suffrages, je ne dirai pas l'empressement qu'on a mis à lui donner sa place dans l'enseignement, ni l'emploi qu'on en a fait pour d'autres affections que les affections de la poitrine; mais l'extension que lui a donnée Fournet pour la phthisie et surtout le développement qu'elle a pris dans les habiles mains d'un professeur éloquent de la Faculté, d'un homme que nous avons le bonheur de posséder parmi nous, de M. Bouillaud. Lancisi, Morgani, Sénac, ont découvert beaucoup de maladies du cœur sans trop songer à en donner les signes. Corvisart les a surpassés par le nombre, la vigueur et la vérité de ses peintures. Laënnec était allé plus loin; mais pour lui, je dirai mieux pour nous, la vie a été trop courte, et son œuvre sur ce point est restée imparfaite. Elle a été reprise et continuée par un successeur digne de lui; et peut-être serait-il aujourd'hui permis de considérer ses découvertes comme un solide fondement de diagnostic, non-seulement pour les maladies du centre circulatoire, mais encore pour celles du sang lui-même : proposition dont les conséquences feraient prendre prochainement une nouvelle face aux théories médicales, surtout à la thérapeutique.

Vous le pressentez, messieurs, la carrière de Laënnec s'achève; encore quelques années, la scène du monde se fermera pour lui. Épuisé par ses travaux, il alla en 1820 respirer l'air natal et demander une lueur de santé aux lieux où il avait reçu la vie. En 1822, sur la foi d'un mieux apparent, il reparut dans la capitale et fut promu à des emplois éminents à la cour, à la Faculté. Au collége de France il suppléait Hallé, et dans sa chaire, il affectait de rappeler un principe dont l'oubli sera toujours une sorte de sacrilége, savoir : que les éléments des maladies sont plus nombreux que ne le supposaient alors des esprits systématiques et passionnés; que les liquides, que les solides ont leurs altérations propres, d'où naissent des altérations secondaires et réciproques

Digitized by Google

et par suite d'innombrables légions de maladies toutes différentes; abîme de causes, d'actions, de réactions, où il est si important mais si difficile de faire pénétrer l'analyse. En 1823, il entra dans la Faculté et se réserva la chaire de clinique interne encore étincelante du génie de Corvisart, et là le diagnostic du maître se retrouvait dans celui de l'élève avec plus de justesse encore et de profondeur. Impatient de la faiblesse et de la timidité de la thérapeutique ordinaire, il embrassait les hardiesses de Rasori, et se proposait de les mettre en expérience. Mais tant de travaux et de soins demandaient une constitution plus affermie; celle de Laennec dépérissait de jour en jour; il avait dans le sein un germe funeste et rebelle qui le consumait sans l'abattre et le détruisait sourdement au milieu de son savoir, de sa fortune et de sa renommée. A la fin, il fallut céder. Ses souffrances le remirent sur le chemin de la Bretagne; il y arriva pour y mourir : le 13 août 1826 il s'éteignit, emporté par cette phthisie qu'il avait si profondément étudiée. Homme rare, que recommandaient avec tant de talents, tant de qualités respectables, surtout la justice et la tolérance; homme singulier, d'une petite stature et d'une complexion grêle, qui, dédaignant l'intelligence subtile et forte dont l'avait doué la nature, mettait son orgueil à exceller dans les exercices du corps, dans les arts d'agrément et dans quelques industries mécaniques. Mais quoi! à entendre Cuvier, Cuvier n'était point naturaliste, il était administrateur; à entendre Girodet, Girodet n'était point un peintre sublime, il était poëte; de même Laennec n'était qu'un souffle et se croyait un Hercule : il transposait les choses : la vigueur de son esprit, il la mettait dans ses muscles; faiblesses innocentes, taches imperceptibles qui disparaissent dans l'éclat de ces grandes existences, exemplaires d'ailleurs et pleines de gloire parce qu'elles sont utiles.

JOURN. DES CONNAISS. MÉD.— Janvier 1840.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Séance publique annuelle du samedi 30 *novembre* 1839.

PROGRAMME DES PRIX.

§ I. — La société avait proposé un prix de la valeur 300 fr. sur la question suivante :

« *Déterminer quels sont les progrès positifs que l'auscultation soit médiate, soit immédiate, a fait faire au diagnostic et au traitement des maladies, et en particulier des affections des poumons, du cœur et des gros vaisseaux.* »

La société a reçu quatre mémoires sur cette question.

Celui de ces mémoires, enregistré sous le n° 1, porte pour épigraphe cette sentence : *Magna est veritas, prævalebit.*

L'auteur de ce mémoire débute d'une manière bien rationnelle : il prend le diagnostic de chacune des maladies de poitrine qu'il examine, là où l'avaient laissé les médecins qui avaient précédé immédiatement Laennec; il montre les erreurs très-graves qu'ils ont commises, et partant de ce point, si avantageux pour l'opinion qu'il énonce dès les premières lignes, il relève l'utilité de l'auscultation par la certitude qu'elle donne dans des cas analogues. Il accorde une valeur beaucoup trop absolue à l'auscultation; son enthousiasme est tel qu'il ne s'est pas donné la peine de réfuter, par l'analyse et le raisonnement, les faits qui pourraient infirmer une confiance aussi entière.

Il admet comme positifs, surtout les signes stéthoscopiques des maladies du cœur.

Ce mémoire annonce un esprit imbu d'une grande conviction, un observateur laborieux; mais il a manqué à ce point essentiel de la question, c'est l'appréciation logique de l'auscultation.

Le mémoire n° 2 se distingue par cette épigraphe : *Quæ fundata sunt in naturâ crescunt et perficiuntur : quæ vero in opinione, variantur, non augentur.*

L'auteur, en rendant hommage aux médecins qui, avant le 19e siècle, ont étudié les maladies de poitrine, considère l'auscultation comme un complément des méthodes de diagnostic dont ils s'étaient servis. Il fait une large part aux signes stéthoscopiques; il prouve combien ils sont utiles pour distinguer la pleurésie de la pneumonie, le pneumothorax; mais cependant il ressort de ce qu'il dit que ces signes ne sont pas tellement certains qu'ils ne puissent faire tomber dans des erreurs qu'on peut redresser à l'aide des autres méthodes d'exploration. L'auteur reconnaît que si l'auscultation n'a pas fait faire des progrès positifs au traitement des maladies de poitrine, elle a du moins puissamment servi la thérapeutique, en isolant certaines maladies qui étaient confondues à cause de l'incertitude du diagnostic.

L'auteur n'accorde pas à l'auscultation autant de crédit pour le diagnostic des maladies du cœur qu'il lui en a reconnu pour celui des maladies de la poitrine. Il argumente contre ce qu'on a dit à ce sujet, en démontrant le peu de solidité de toutes les théories qui ont été présentées sur les signes stéthoscopiques du cœur et des gros vaisseaux; toutes ces

Digitized by Google

théories, selon lui, sont fausses, parce qu'il règne la plus complète obscurité sur les bruits normaux des organes de la circulation.

Quelques taches légères déparent ce mémoire, d'ailleurs si remarquable par l'appréciation judicieuse de tous les points de la question, et par la force logique du raisonnement. On peut reprocher à l'auteur de ne pas avoir établi le choix à faire entre l'auscultation médiate et immédiate. D'une autre part, si l'auscultation a peu avancé le diagnostic des maladies du cœur, il aurait dû dire si déjà ce diagnostic n'était pas très-avancé par les méthodes déjà connues depuis longtemps.

L'auteur du mémoire n° 3 a choisi cette épigraphe : *On ne dit plus, je crois, je pense; mais, j'ai vu.*

(Réveillé Parise.)

Le mérite de ce mémoire est de présenter une nomenclature exacte des signes fournis par l'auscultation, et considérés comme éléments essentiels du diagnostic des maladies du poumon, du cœur et des gros vaisseaux. Mais après cet énoncé et l'exposition de quelques faits, on ne trouve plus qu'un assentiment absolu aux assertions les plus hasardées; l'auteur ne discute nullement plusieurs des points de la question proposée; il semble que pour lui, la solution du problème était tout entière dans le résumé de ses propres convictions.

Néanmoins, cette œuvre est loin d'être sans mérite; il est probable que l'auteur l'eût faite plus complète, s'il avait mis plus de temps à mûrir son sujet.

Le mémoire n° 4 porte pour épigraphe : *Si la médecine est la plus belle des sciences, l'auscultation est la plus belle découverte des temps modernes.*

Ce mémoire présente de nombreuses analogies avec le n° 1. Il est conçu sur le même plan; on y retrouve les mêmes idées comparatives sur le diagnostic des maladies de poitrine avant l'auscultation, et ce qu'il est devenu depuis l'application de cette méthode. Mais l'auteur est tombé aussi dans les mêmes défauts que nous avons reconnus au premier. Il admet sans aucune réserve tous les signes stéthoscopiques, il leur accorde toute valeur; et cela le plus souvent sans examen, sans critique. Il n'accorde presque, *pour ainsi* dire, aucune confiance aux signes rationnels, tandis que les signes physiques, ceux surtout que fournit l'auscultation, lui paraissent positifs, même dans les maladies du cœur.

Les mêmes reproches que nous avons adressés au mémoire n° 1 sont donc applicables à celui-ci. Cependant il est juste de dire que l'auteur est entré plus profondément dans le sujet, qu'il en a mieux étudié toutes les parties. Il a mieux déduit les avantages que la thérapeutique a retirés de l'auscultation, et sous ce rapport il a fait preuve de connaissances pratiques plus étendues.

La société juge qu'aucun des mémoires n'a résolu complétement la question. Mais reconnaissant une supériorité incontestable au n° 2, elle accorde une médaille de 200 fr. et le titre de membre correspondant à l'auteur, M. G. Peyraux, docteur-médecin à Lyon.

Elle accorde :

Une première mention honorable et le titre de membres correspondants :

A MM. J.-B. Barthe, docteur-médecin, chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, et Henry Roger, docteur-médecin, auteur du mémoire n° 4.

Une deuxième mention honorable et le titre de membre correspondant;

A M. A. Raciborski, docteur médecin, chef de clinique médicale à l'Hôpital de la Charité, à Paris, auteur du mémoire n° 1.

§ II. — La société avait proposé un prix de la valeur de 300 fr. sur cette question :

« *Tracer l'histoire de l'affection granuleuse des reins, décrite dans ces derniers temps sous le nom de* MALADIE DE BRIGHT; *déterminer, d'après des faits cliniques et d'anatomie pathologique, les caractères essentiels et le traitement de cette maladie.* »

La Société a reçu trois mémoires sur cette question.

Celui qui porte le n° 1 a pour épigraphe :

« *Non tantum invenire, uti inventa probare.* »

L'auteur de ce mémoire considère la maladie de Bright comme une phlegmasie chronique des reins, dont les caractères essentiels sont l'albuminurie permanente et l'œdème. L'auteur appuie cette opinion de l'exposé *in extenso* de nombreuses observations empruntées à divers écrits. Il analyse ces observations qu'il groupe en divisions et sous-divisions, que ne justifient pas des différences assez importantes. D'ailleurs, dans l'opinion qu'il présente sur la nature essentielle de cette maladie et sur les autres points de la question proposée, l'auteur n'apporte pas une sévérité de critique qui l'aurait peut-être amené à voir dans cette maladie autre chose qu'une simple affection des reins. Il n'insiste pas assez sur l'examen des faits que l'on a présentés comme contradictoires aux caractères essentiels qu'il a reconnus à cette maladie. Les faits qu'il a observés lui-même sont en trop petit nombre, pour qu'il puisse baser le traitement sur l'opinion qu'il a adoptée quant au caractère phlegmasique qu'il accorde à la maladie de Bright.

Ce mémoire est un travail consciencieux; il dénote un médecin laborieux; mais on peut ne le considérer que comme l'exposé assez complet des travaux de Bright, et de ceux qui les ont continués.

Digitized by Google

Le mémoire n° 2 porte pour épigraphe : « *Si quid novi invenis, certis circum scribas finibus.* »

Ce mémoire, écrit en latin, résume en très-peu de pages l'histoire, la symptomatologie, l'anatomie pathologique et le traitement de la maladie de Bright. Il reconnaît que cette maladie n'est pas nouvelle, et il prouve que les médecins anciens avaient reconnu la présence de l'albumine dans les urines de quelques hydropiques ; quant à la nature de la maladie, il jette en passant une idée qui aurait pu être heureusement fécondée : il prétend qu'il existe une maladie primitive du sang, et que l'affection granuleuse des reins, comme l'œdème, comme la présence de l'albumine est un fait secondaire.

Ce mémoire est fort incomplet, mais on voit facilement que l'auteur est un homme de mérite qui n'a voulu qu'effleurer la question.

Le mémoire inscrit sous le n° 3, se distingue par cette pensée de F. Hoffmann : « *Ars medica tota in observationibus.* »

L'auteur, en s'appuyant sur une érudition bien choisie, prouve que les anciens connaissaient cet état pathologique que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de maladie de Bright, d'albuminurie. Il présente un assez bon nombre de faits qu'il a observés, et il les analyse, en général, dans un esprit qu'on ne peut que louer. Il expose avec quelque étendue ses recherches sur l'anatomie pathologique des reins, des urines, du sang, etc. Il entre surtout dans de longs détails sur la thérapeutique de cette affection, détails qui annoncent qu'il a beaucoup vu et qu'il a bien observé.

Cependant, ce qu'on peut reprocher à l'auteur, c'est de ne pas s'être expliqué sur la nature spéciale de l'affection ; il ne la définit pas ; il ne s'explique pas sur le dépôt de matière granuleuse ; et tout cependant porte à croire, d'après même ses hésitations, qu'il ne peut l'attribuer seulement à la maladie des reins. Il est fâcheux que son esprit ne se soit pas dégagé de ces réticences.

La Société ne juge pas que la question ait reçu une solution satisfaisante. Cependant, voulant récompenser les efforts, quelquefois heureux qu'ont fait les auteurs des mémoires n° 1 et 3, elle accorde à chacun d'eux un jeton d'or.

L'auteur du mémoire n° 1 est M. Lalesque fils, docteur-médecin à la Teste.

Celui du n° 3 est M. Ed. Dumesnil, élève interne des hôpitaux de Paris.

§ III. — La Société avait remis au concours cette question :

« *Quelle est la meilleure méthode de reconnaître dans l'air atmosphérique les principes étrangers à sa composition intime, ceux principalement qui proviennent des corps organisés ? Faire l'application de cette méthode, en particulier, à l'analyse de l'air des marais, des prisons, des hôpitaux et des salles de spectacle.* »

La Société n'ayant reçu aucun mémoire pendant deux ans, retire cette question du concours.

§ IV. — L'écorce de la racine de grenadier sauvage est reconnue aujourd'hui comme un précieux médicament par les applications qu'on en a faites avec succès depuis bien des années pour l'expulsion du tœnia. Cependant il arrive trop souvent que ses vertus diffèrent par des circonstances qu'il n'est pas toujours permis au médecin d'apprécier. Ce n'est qu'en reprenant les recherches chimiques que l'on a faites sur cette racine, que l'on peut obtenir plus de certitude et d'identité d'effet thérapeutique.

La Société, reconnaissant l'utilité d'un semblable travail, propose un prix auquel un de ses membres lui a demandé l'agrément de s'associer, en gardant toutefois l'anonyme. Ce prix sera décerné en 1840; il est de 200 fr., et a pour sujet la question suivante :

« *Rechercher, par l'analyse chimique, les principes actifs de l'écorce de la racine de grenadier sauvage, et confirmer par des faits cliniques leurs vertus thérapeutiques.* »

§ V. — L'apparition fréquente de la varioloïde depuis une quinzaine d'années, et l'importance que lui ont donnée des alarmes, probablement mal fondées, en ont fait une maladie qui a appelé l'attention du public tout autant que celle des médecins. Elle a mis en question, aux yeux de bien des gens, ce qui semblait avoir pour loi l'autorité du temps et d'un nombre incommensurable de faits. A cela, néanmoins, se rattache l'une des questions les plus graves de l'hygiène publique. La Société de médecine pense qu'il est de la plus grande utilité d'éclairer certains points de ce sujet qui peuvent être encore controversés. En conséquence, elle propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera en 1840, les questions suivantes :

« *La varioloïde est-elle une maladie nouvelle ?* »

« *La varioloïde est-elle une maladie distincte, ou une simple modification de la variole ?* »

« *Eclairer par des faits ces questions.* »

§ VI. — Les eaux distillées éprouvent des altérations sensibles, quelquefois en très-peu de temps ; elles déposent des filaments confervoïdes ; elles deviennent de consistance oléagineuse, etc., etc. Il règne la plus grande incertitude dans les procédés que les pharmacopées elles-mêmes conseillent pour prévenir ces altérations. Cependant, la Société est convaincue qu'elles ne causent pas seulement un grand dommage au commerce de la pharmacie, mais encore, et sur toute chose, qu'elles transforment un remède utile et dont l'usage est très-répandu, en un

Digitized by Google

liquide sans vertu s'il n'est dangereux. Reconnaissant par conséquent qu'il y a utilité pour la médecine pratique d'avoir toujours des eaux distillées pures et inaltérables, la Société propose pour sujet d'un prix (1) de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera en 1841, la question suivante :

« *Faire connaître les altérations que peuvent subir les eaux distillées en général, et en particulier celles de fleurs d'oranger, de menthe, de mélisse et de laurier-cerise. Indiquer les causes chimiques de ces altérations. Y a-t-il une méthode générale pour la conservation des eaux distillées? Y en a-t-il une particulière pour la conservation de quelques-unes d'entre elles ?* »

§ VII. — Il existe sur les maladies des os des travaux très-importants, sans doute, et il semble qu'il y ait peu de chose à ajouter sous le rapport thérapeutique, surtout à ce qu'ont dit les plus grands chirurgiens du siècle dernier, et ceux de notre époque. Cependant, on ne peut s'empêcher de s'apercevoir, en lisant les traités qu'ils ont donnés à la science, qu'il règne encore beaucoup de difficultés, de confusion dans le diagnostic différentiel des diverses affections du système osseux. La chirurgie réclame un travail spécial sur ce sujet si important. La Société de médecine l'a compris, et c'est pourquoi elle propose, pour sujet d'un prix de la valeur de 400 fr., qu'elle décernera en 1841, la question suivante :

« *Déterminer par des faits cliniques, des recherches d'anatomie pathologique, et par l'analyse chimique, les caractères différentiels des maladies du système osseux. Dire si ces maladies n'ont pas des différences de nature plus fondamentales que celles de leurs formes. En déduire la thérapeutique la plus rationnelle.* »

§ VIII. — Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens, en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs, soit sur la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques; et enfin sur tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants de cette contrée de la France.

Ainsi chaque année, dans sa séance publique, la société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui ont traité un ou plusieurs de ces sujets.

§ IX. — Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations sur quelque point intéressant de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondants et à récompenser leurs efforts.

La compagnie a reçu cette année des mémoires du plus grand intérêt. Elle a distingué particulièrement ceux de M. le docteur Dubourg et de M. Levieux, étudiant en médecine.

Le mémoire de M. Dubourg donne la relation d'une épidémie de fièvres intermittentes pernicieuses qui a régné l'année dernière dans l'arrondissement de Marmande. Le travail de M. Dubourg est remarquable par les aperçus sur la topographie de cette localité, par les faits cliniques et surtout par les hautes vues de pratique médicale qui s'y trouvent partout répandues. La société attache un très-grand prix à ce genre de travail qu'elle n'a cessé de recommander aux médecins de ce département. Elle saisit avec plaisir cette occasion de donner à M. Dubourg une preuve de sa haute estime, en même temps qu'elle couronne son mémoire :

Elle lui décerne une médaille d'encouragement.

M. Levieux a présenté à la société un mémoire sur la phlébite qui a atteint plusieurs malades à l'hôpital Saint-André, où il est chirurgien interne adjoint.

Ce travail décèle de l'aptitude et de l'application. La société, non moins empressée d'encourager les efforts de celui qui entre dans la carrière, que de couronner un médecin mûri par l'expérience et par des études approfondies, accorde une mention honorable à M. Levieux.

§ X. — Dès que la vaccine fut introduite en France, la société s'empressa d'en proclamer les avantages et de prouver, par des expériences exactes, son efficacité aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années, elle s'est aperçue que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfants de ce bienfait. Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager cette découverte, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques, les plus complets, des vaccinations qu'ils ont pratiquées et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.

« *Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfants vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.* »

La société accorde une médaille d'argent à M. Barbe, officier de santé à Bonnetan (Gironde), pour les tableaux de vaccinations qu'il a pratiquées cette année. Elle désire avoir encore à récompenser

(1) Ce prix a été fondé par M. Loze père.

son zèle pour des travaux aussi philanthropiques.

§ XI. — Les mémoires écrits très-lisiblement, en latin ou en français, doivent être rendus, francs de port, chez M. Burguet, secrétaire-général de la société, rue Fondaudége, 41, avant le 15 juin, de l'année où chaque prix doit être décerné.

Les membres associés résidants de la société ne peuvent point concourir. Les concurrents des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses, ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Bordeaux, le 30 novembre 1839.

E. Dégranges, président.
Burguet, secrétaire-général.

Gazette Médicale. — Janvier 1840.

Remède contre l'inspiration du chlore. — Dans les grands établissements de blanchîment, dans les fabriques de produits chimiques et dans les expériences de laboratoire, il arrive souvent que l'inspiration des vapeurs du chlore produit des effets très-dangereux. On se garantit de ce danger en respirant la vapeur de l'esprit-de-vin, ou en avalant des morceaux de sucre trempés dans de l'alcool.

Ce remède, pratiqué depuis deux ans, a toujours produit des résultats heureux.

(*Arch. für naturlehre.*)

—

Lancette perfectionnée par M. William. — Cette lancette est construite de manière qu'en lâchant une pièce d'arrêt, un ressort pousse la lancette en avant et de côté, pour faire l'incision qu'on a en vue; au moyen du même ressort, on reporte la lancette dans son étui. Le ressort, roulé en spirale, comme celui d'une montre, occupe une cavité cylindrique dans un disque métallique, lequel tourne sur un axe qui le traverse par le centre; l'extrémité supérieure de la lame de la lancette est fixée par un pivot à vis à un des côtés de la plaque; ces deux pièces sont renfermées dans un étui mince; la pointe de la lancette est saillante hors de cet étui et se meut dans un espace limité.

La pièce d'arrêt placée à une face de cet étui, est mue par un petit bouton saillant hors de l'étui, et dont la pointe entre dans les entailles ou dents faites sur la plaque métallique où le ressort est renfermé; de cette manière la plaque peut être fixée dans différentes positions, à mesure qu'on la fait mouvoir. La seconde partie de l'étui glisse sur la première, et on l'y fixe convenablement au moyen d'une petite vis.

On peut déterminer avec cet instrument la profondeur et la longueur de la plaie à faire.

(*Repertory of patent inventions.*)

—

L'école de Paris devient Hippocratiste.

Toutes les questions qui ont été posées dans le concours qui a lieu en ce moment pour la chaire de pathologie, soit pour l'épreuve écrite, soit pour les leçons, soit enfin, pour les thèses, attestent, dans l'école de Paris, un mouvement en sens inverse des dogmes solidites qui avaient si longtemps et presque exclusivement été professés par elle. Tous les bons esprits applaudiront à cette réaction qui place la médecine sur des bases plus larges. Nous ne voulons pour preuve de ce retour aux saines et fécondes doctrines qui seules peuvent agrandir les idées, et former de véritables médecins, que les sujets de thèses échus aux candidats : 1° Des métastases; 2° des altérations du sang; 3° de la fluxion et de la congestion; 4° de la révulsion et de la dérivation; 5° de la spécificité dans les maladies; 6° de l'hérédité dans les maladies; 7° de la périodicité dans les maladies; 8° de l'influence de l'anatomie pathologique sur la thérapeutique; 9° de l'influence des âges dans les maladies; 10° des prodromes dans les maladies; 11° de la statistique appliquée à la pathologie et à la thérapeutique; 12° de l'hydropisie.

—

— M. Marc, premier médecin du roi, membre de l'Académie de médecine et du conseil de salubrité, est mort, il y a quelques jours, à l'âge de 68 ans, d'une attaque d'apoplexie.

— M. Fouquier, professeur de clinique médicale de la faculté, médecin de l'hôpital de la Charité, vient d'être choisi pour remplacer M. Marc en qualité de premier médecin du roi. Le corps médical de Paris, sera heureux de l'élévation d'un confrère qui possède, à un si haut degré, toutes les qualités par lesquelles un médecin peut se recommander à l'estime et à la considération publique.

— M. le docteur Gibert vient d'être nommé médecin de l'hôpital Saint-Louis, en remplacement de M. Manry, admis à la retraite.

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

A quelles maladies rapporter, en général, les histoires des maladies qu'Hippocrate a consignées dans les Épidémies? Que doit-on entendre par le Causus, la Phrenitis et le Lethargus? par E. LITTRÉ, membre de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres (1).

Ces questions sont d'une importance capitale pour l'intelligence de la pathologie d'Hippocrate; dès que je les ai eu résolues, une foule de points douteux ou complétement obscurs me sont devenus clairs; doutes et obscurités qui, je pense, ont plus d'une fois détourné les médecins modernes d'une lecture qui, étant peu comprise, demeurait peu fructueuse. Je ne crains pas de dire que, tant qu'on n'en a pas la solution, on est exposé ou à s'imaginer tout autre chose que ce que les observations d'Hippocrate renferment, et à admirer des conceptions qui n'ont de réalité que dans l'esprit des interprètes, ou à renoncer à comprendre les descriptions qu'il nous a laissées, ou à taxer de peu d'exactitude des tableaux qui sont cependant la reproduction de la réalité. Les opinions sur cette question se réduisent à trois : les uns, sans entrer dans aucun détail, sans même soupçonner que cela pût faire difficulté, ont simplement interprété les observations d'Hippocrate comme si elles se rapportaient aux maladies de nos pays, et en particulier à nos fièvres; les autres, plus pénétrants, ont été frappés de la dissemblance de ces observations avec nos maladies, et ils ont déclaré qu'Hippocrate donnait des détails trop peu précis pour qu'on pût porter, avec quelque sûreté, un diagnostic rétrospectif; d'autres, enfin, mais en très-petit nombre, ont dit que ces observations étaient relatives aux fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds. Ces derniers sont dans le vrai; mais, à ma connaissance, ce qu'ils ont dit se réduit à quelques courtes phrases jetées en passant; ils n'ont donné aucune démonstration de leur opinion, qui dès lors n'a pu prendre dans la science le rang et l'autorité qu'elle méritait. Pour mon compte, je n'en ai senti la justesse qu'après être arrivé, de mon côté, au même terme. Mais cela importe peu; dans les sciences, personne n'est censé ignorer les travaux de ses devanciers; cette opinion, puisqu'elle a déjà été consignée, devient nécessairement mon point de départ, et je n'ai plus qu'à prouver méthodiquement un fait qui, n'ayant été qu'énoncé, demeurait toujours une simple allégation.

Deux choses sont à démontrer : 1° que les observations d'Hippocrate ne se rapportent à aucune maladie que nous ayons occasion de voir ici, à Paris; 2° qu'elles se rapportent aux fièvres rémittentes et continues des pays chauds.

Pour mieux fixer la discussion, je transcris une observation quelconque des *Épidémies*, soit la première du premier livre :

OBS. — Philiscus demeurait près de la Muraille. Il se mit au lit le premier jour de sa maladie : fièvre aiguë, sueur pénible pendant la nuit. Deuxième jour, exacerbation générale; le soir, un petit lavement procura des évacuations de bonne nature; nuit tranquille. Troisième jour, le matin et jusqu'au milieu de la journée, Philiscus parut être sans fièvre; mais vers le soir, fièvre aiguë, avec sueur; soif; la langue se sèche; urine noire, nuit agitée, point de sommeil, délire général. Quatrième jour, exacerbation de tous les accidents; urine noire; nuit plus supportable; urine de meilleure couleur. Cinquième jour, vers le milieu de la journée, léger écoulement, par les narines, d'un sang pur; urine variée avec des énéorèmes arrondis, semblables à du sperme, dispersés; elle ne donna point de sédiment. Un suppositoire produisit l'évacuation de peu de matières avec des gaz; nuit fatigante; courts intervalles de sommeil; le malade parle, divague; les extrémités sont complétement froides, on n'y peut rappeler la chaleur; urine noire; court sommeil; vers le jour perte de la parole; sueurs froides : extrémités livides. Sixième jour, mort vers le milieu de la journée. Ce malade eut, durant tout le cours de cette fièvre, la respiration rare, grande et comme

(1) Ce fragment fait partie du deuxième volume de la traduction des Œuvres d'Hippocrate.

Digitized by Google

entrecoupée. La rate se gonfla et présenta une tuméfaction arrondie; les sueurs furent continuellement froides; les paroxysmes furent aux jours pairs.

Si nous essayons d'identifier cette observation particulière avec quelqu'une des affections que nous voyons ici tous les jours, nous n'y réussirons pas. Il va sans dire qu'il faut exclure toutes les inflammations, pneumonie, pleurésie, péritonite, etc.; car il n'y a aucun trait qui nous autorise à voir une phlegmasie dans le tableau tracé par Hippocrate. Il faut donc nous renfermer dans le domaine des fièvres. Ici encore nous retrancherons de notre parallèle, sans plus ample informé, la variole, la rougeole, la scarlatine; car il n'y a, non plus, dans la maladie de Philiscus, rien qui soit relatif à une fièvre éruptive. On voit que le cercle des identifications se resserre considérablement; et, à vrai dire, il ne nous reste plus à considérer que la fièvre typhoïde de Paris (dothinentérie de quelques-uns, abdominal-typhus des Allemands); car la fièvre bilieuse est si rare à Paris, elle s'y montre (et encore seulement dans quelques étés chauds) avec des caractères si peu tranchés, qu'il convient d'en chercher le véritable type dans les contrées où la température est plus élevée. Mais la fièvre typhoïde, outre qu'elle se termine bien rarement au sixième jour, présente de la diarrhée, une céphalalgie sus-orbitaire, un brisement, une stupeur, une éruption lenticulaire, tous accidents dont il n'est pas question dans l'observation d'Hippocrate. En regard de ces caractères négatifs, les caractères positifs sont encore plus probants. En effet, cette observation offre des redoublements tierces, des sueurs froides continuelles, la sécheresse de la langue dès le troisième jour, le froid et la lividité des extrémités, tous accidents qui sont étrangers à la fièvre typhoïde. M. J.-B. Germain, dans sa thèse inaugurale (1), s'est efforcé de rapporter les observations d'Hippocrate à différents ordres de fièvre de la NOSOLOGIE de Pinel; mais nous connaissons le terrain sur lequel Pinel a pratiqué : nous savons que les fièvres continues *adynamiques*, *ataxiques*, *méningo-gastriques*, et même *angéio-téniques* répondent, en tant que fièvres, à des formes diverses de la fièvre typhoïde. C'est donc, au fond, avec cette dernière fièvre que les observations d'Hippocrate sont implicitement assimilées dans la thèse de M. Germain; assimilation impossible, comme nous venons de le voir.

Le typhus, tel qu'il s'est montré entre autres pendant les années 1813 et 1814, ne fait que de rares apparitions parmi nous; mais il a été tout récemment observé à Philadelphie, en 1836, par M. Gerhard, qui, familiarisé par des études faites à Paris avec notre fièvre typhoïde, a donné du typhus une description comparative fort exacte et fort importante dans la discussion générale des fièvres (1). L'éruption pétéchiale, qui appartient au typhus, et qui est étrangère aux observations d'Hippocrate, me dispense d'établir un parallèle plus étendu entre ces observations et le typhus. M. Gerhard, qui, à Philadelphie, a eu occasion de voir des fièvres rémittentes graves, en a séparé le typhus. « Il n'est pas nécessaire, dit-il (2), d'insister sur le diagnostic du typhus et des fièvres rémittentes automnales. La saison particulière dans laquelle ces dernières prennent naissance, leur marche et leur mode de terminaison, diffèrent, d'une manière trop tranchée, de ce qui a lieu dans le typhus, pour permettre une confusion, à moins qu'on n'apporte dans cet examen une extrême inattention. » Je consigne ici cette remarque d'un médecin qui a observé et le typhus et les fièvres rémittentes graves. Nous verrons un peu plus loin que les fièvres décrites dans les ÉPIDÉMIES sont identiques avec les fièvres rémittentes. Ainsi la maladie de Philiscus relatée par Hippocrate ne se rapporte pas plus au typhus qu'à la fièvre typhoïde.

A ce terme, on comprend comment le diagnostic rétrospectif qu'on a essayé de porter sur les observations d'Hippocrate a été frappé, tant qu'on est resté dans le cercle des maladies de notre climat, soit d'erreur, soit d'impuissance.

Mais faut-il s'arrêter dans ces limites? Et, si l'on demandait des termes de comparaison aux auteurs qui ont étudié l'homme malade sous un climat plus analogue que le nôtre à celui d'Hippocrate, ne trouverait-on pas les moyens d'arriver à une détermination plus précise? Cela vaut la peine d'être examiné. J'ai jusqu'à présent laissé de côté toute une catégorie de fièvres, celles des pays chauds; et, bien que l'on n'ignore pas qu'elles diffèrent de celles de nos contrées, c'est cependant une vérité dont ne sont pas assez persuadés les médecins qui n'ont pas eu occasion de voyager, ou qui n'ont pas remplacé par des lectures cette lacune de l'expérience personnelle.

Tout à l'heure, quand j'ai voulu montrer qu'on ne peut assimiler les descriptions d'Hippocrate à aucune des maladies habituelles dans notre contrée, j'ai cité textuellement une observation des *Épidémies*. Maintenant, voulant prouver que ces descriptions appartiennent aux fièvres des pays chauds, je vais citer textuellement aussi une observation re-

(1) Les Epidémies d'Hippocrate peuvent-elles être rapportées à un cadre nosologique? Paris, an XI. — 1803

(1) The American journal of the medical science, n. 38, février, 1837. L'Expérience, n. 16, 20 janvier 1838, t. IV, p. 241.

(2) L'Expérience, n°. 20, 10 février, 1838, t. I, p. 313.

Digitized by Google

cueillie par un auteur dans une région dont la latitude diffère peu de celle de la Grèce. On lit dans le livre de M. Maillot (*Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*, d'après des observations recueillies en France, en Corse et en Afrique. Paris, 1836) :

Obs. — Devos, soldat au 59e, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital de Bone, le 4 juillet, le quatrième jour d'une gastro-céphalite aigue, fort intense et sans rémission appréciable depuis l'invasion ; la céphalalgie était atroce, la langue sèche et d'un rouge de sang, la soif, inextinguible, l'épigastre douloureux, la peau sèche et brûlante, le pouls dur et fort. (Diète ; limonade ; saignée du bras de 15 onces : 60 sangsues, dont 30 à l'epigastre et 30 sur le trajet des jugulaires).

Le 5, matin, apyrexie ; disparition totale des phénomènes morbides, soit du côté des voies digestives, soit du côté de l'encéphale ; pas même de soif. (Diète ; limonade ; 24 grains de sulfate de quinine à prendre en deux fois; 16 grains à sept heures du *matin*, et 8 une heure après). A dix heures, frissons; *froid*; *tremblement*; à midi, coma, à deux heures, mort dans l'état soporeux, quatre heures après l'invasion de l'accès (p. 176).

J'omets les détails de la nécropsie, qui sont inutiles à mon objet, et je n'ai pas besoin de faire remarquer que, bien que M. Maillot se serve du terme de gastro-céphalite pour désigner l'affection de ce militaire, cependant il entend parler d'une fièvre, ainsi que cela résulte non-seulement de la chose elle-même, mais encore du titre qu'il a donné à son observation : *Fièvre pernicieuse, comateuse, pseudo-continue, au début : gastro-céphalite*. Il n'a voulu signaler par-là que les symptômes prédominants qui se manifestèrent du côté de la tête et de l'estomac.

Il est évident que la maladie décrite par Hippocrate et la maladie décrite par le médecin moderne ont une ressemblance générale dans leur marche et leur physionomie. Dans l'une des maladies, elle se termine par la mort au sixième jour; dans l'autre, au cinquième jour; dans l'une la langue se sèche au troisième jour ; dans l'autre, elle est déjà sèche au quatrième et peut-être auparavant; car ce n'est qu'alors que le malade fut soumis à l'examen du médecin; dans l'un, il y a rémission complète de la fièvre au troisième jour; dans l'autre, au cinquième; après cette rémission, la maladie reprend avec une nouvelle violence, pour se terminer d'une manière funeste, chez l'un trois jours après, chez l'autre, le jour même de la rémission. Cette observation, je l'ai prise pour ainsi dire au hasard entre une foule d'autres de même nature, recueillies par M. Maillot; le livre de M. J. Clark (*Observations on the diseases in long voyages to hot countries*. London, 1773); celui de M. W. Twining (*Clinical illustrations*, etc., *of the more important diseases of Bengal, with the result of an inquiry in to their pathology and treatment*. Calcutta, 1835), et autres sont remplis d'observations semblables.

Ce rapprochement, s'il ne suffit pas encore pour prouver l'identité complète entre les fièvres décrites par Hippocrate et celles des pays chauds, suffit du moins pour montrer que nous sommes dans la bonne voie. Poursuivons donc plus loin nos recherches, pénétrons dans les détails ; et, s'ils donnent le même résultat que la comparaison générale ou de totalité, il ne pourra plus rester aucun doute sur la vraie nature des histoires de maladies consignées dans les *Epidémies*.

Au nombre des détails caractéristiques, il faut ranger l'état des hypochondres. Si nous feuilletons les recueils des fièvres observées à Paris, ceux de MM. Petit, Bouillaud, Andral, Louis, Chomel, nous n'y rencontrerons que bien rarement consigné quelque symptôme du côté de l'un ou l'autre hypochondre. J'ai examiné une à une toutes les observations que renferme le livre de MM. Chomel et Genest, sans y trouver un seul cas d'affection des hypochondres. Aussi, ces auteurs, en parlant de ramollissements du foie et de la rate que l'on rencontre maintes fois dans la fièvre typhoïde, disent-ils *que ces différentes lésions ne se révèlent à nous pendant la vie par aucun symptôme particulier* (*Leçons de clinique médicale, fièvre typhoïde*, 1834, p. 268). Cette remarque suffit pour montrer que dans la fièvre typhoïde il n'y a, durant la vie, aucune manifestation du côté des hypochondres, sauf pour la rate qu'on trouve dans beaucoup de cas ramollie après la mort, et dont on constate quelquefois le gonflement pendant la vie. Au contraire, dans les histoires des *Épidémies*, les hypochondres sont souvent affectés, et j'ai été frappé de la fréquence de ce symptôme parmi nous. J'en ai fait le relevé suivant :

Premier malade; premier livre. Gonflement arrondi de la rate sans désignation du jour où il se manifeste.

Deuxième malade; premier livre. Au troisième jour, gonflement de l'hypochondre occupant les deux côtés, allongé vers l'ombilic et assez mou; battement continuel dans l'hypochondre.

Troisième malade; premier livre. Au cinquième jour, gonflement de la rate, tension de l'hypochondre. Au huitième jour, diminution de la rate; apyrexie pendant cinq jours, récidive, et aussitôt gonflement de la rate; au troisième jour de la récidive, diminution de la rate.

Quatrième malade; premier livre. Le premier jour, douleur au cardia et à l'hypochondre droit.

Huitième malade; premier livre. Gonflement des

Digitized by Google

hypochondres, et tension douloureuse pendant toute la maladie.

Dixième malade; premier livre. Premier jour, gonflement de l'hypochondre, sans grande tension.

Onzième malade; premier livre. Dès le début, douleur de l'hypochondre; troisième jour, douleur de l'hypochondre; quatrième jour, légère amélioration du côté des hypochondres.

Douzième malade; premier livre. Douleur de l'hypochondre droit dès le début.

Treizième malade; premier livre. Quatrième jour, gonflement douloureux de l'hypochondre; cinquième jour, douleur dans l'hypochondre.

Deuxième malade; troisième livre; première série. Tension molle des hypochondres dès le début; sixième jour, couleur ictérique.

Troisième malade; troisième livre; première série. Quatrième jour, gonflement de la rate; tension assez molle de l'hypochondre droit; vingt et unième jour, douleur de l'hypochondre, et battement continuel à la région ombilicale.

Quatrième malade; troisième livre; première série. Deuxième jour, tension de l'hypochondre droit, laquelle s'étendait vers l'intérieur.

Huitième malade; troisième livre; première série. Au troisième jour, tension assez molle de l'hypochondre des deux côtés.

Neuvième malade; troisième livre; première série. Dès le début, douleur dans les hypochondres.

Treizième malade; troisième livre; première série. Gonflement douloureux de l'hypochondre droit.

Seizième malade; troisième livre; première série. Tension assez molle de l'hypochondre, se prolongeant des deux côtés dès les premiers jours.

Sur quarante-deux malades dont Hippocrate a consigné les histoires dans ses *Épidémies*, ce relevé montre que seize ont présenté quelque symptôme du côté des hypochondres, soit du gonflement, soit de la tension, soit de la douleur, ce qui est une proportion assez forte, et ce qui fait voir en même temps avec quel soin Hippocrate examinait ses malades. Un tel résultat, qui nous indique tout d'abord un autre état pathologique que celui que nous avons d'ordinaire sous les yeux, est fort remarquable; et, si nous le rencontrons dans les histoires de fièvres des pays chauds, recueillies par des observateurs modernes, il nous sera impossible de ne pas reconnaître que l'identité entre les fièvres des *épidémies* et celles des pays chauds croît de plus en plus.

Dans les fièvres rémittentes et continues qui attaquèrent les troupes françaises pendant l'expédition de Morée, on observa des symptômes du côté de l'hypochondre. « La plupart des fiévreux qui se plaignaient de douleur à l'hypochondre droit et à la région du duodénum, dit M. Roux, ont offert en même temps une teinte ictérique plus ou moins forte (*Histoire méd. de l'armée française en Morée, pendant la campagne de* 1828; Paris, 1829; p. 60). » Cette indication, quoique brève, suffit pour montrer en général que, dans le cours de ces fièvres, l'hypochondre droit fut affecté. Mais, des cas particuliers étant encore plus précis, j'ai fait le relevé des cas d'affection des hypochondres sur les observations de fièvres continues et rémittentes qu'a publiées M. Twining (Ouv. cit., t. II, p. 248 et suiv.).

Obs. CLII. — Au bout de quelques jours, pression sur l'épigastre et les hypochondres, causant beaucoup de malaise, mais non une douleur aiguë.

Obs. CLVII. — Douleur à l'épigastre, plénitude générale du ventre avec quelque gonflement du foie; onzième jour, tension du foie allégée.

Obs. CLVIII. — Vers le dixième jour, dureté du ventre; le muscle droit de l'abdomen, du côté droit, est plus tendu que celui du côté gauche; onzième jour, le ventre est dur surtout du côté droit; douzième jour, le ventre n'est pas gonflé, mais on observe quelque dureté vers la région du foie.

Obs. CLXIV. — Au début la pression est douloureuse sur la région du foie, de l'épigastre et de la rate.

Obs. CLXX. — Dès le deuxième jour, tension et plénitude de l'hypogastre et des hypochondres; quatrième jour, plénitude considérable de l'épigastre et des hypochondres.

Obs. CLXXI. — Dès les premiers jours; tension et sensibilité morbide sur la région du foie.

Obs. CLXXII. — Dès les premiers jours, gonflement de la rate, lequel cessa avec la maladie.

Obs. CLXXIII. — Tension et plénitude dans la région du foie.

Ce relevé, qui a été fait sur vingt-quatre histoires consignées dans l'ouvrage de M. Twining, nous donne huit malades affectés de quelque symptôme du côté des hypochondres, proportion qui diffère peu de celle que nous avons trouvée pour les *Épidémies*.

Ce symptôme est très-spécial, puisqu'il n'appartient pas aux fièvres de nos climats; il est très-caractéristique, car il signale une lésion toute particulière; il a une constance notable, puisque, des deux côtés, il a été observé environ sur un tiers des malades. Il doit compter pour beaucoup dans la décision de la question relative à la nature des fièvres décrites par Hippocrate; question qui, presque résolue par une simple comparaison en bloc, ne demande plus que quelques détails assez importants pour fixer la conviction.

Au nombre de ces détails, il faut ranger l'état de la langue. Les fièvres rémittentes et continues des pays chauds ont cela de particulier, que cet organe s'y sèche de très-bonne heure. Qu'on lise dans le livre

Digitized by Google

de M. Maillot l'observation 39 que j'ai rapportée plus haut : la langue était sèche dès le quatrième jour ; l'observation 44, où, le quatrième jour encore, la langue était sèche et d'un rouge de sang (p. 195). Voyez encore dans l'ouvrage de M. Twining : l'observation 154, où, dès le second jour, la langue était blanche et tendait à se sécher (*tongue white, and rather dry*) (t. II, p. 255) ; l'observation 159, où la langue est chargée de mucosités brunes et presque sèche (ib., p. 270) ; l'observation 161, où, au sixième jour, la langue était sèche, mais peu chargée ; l'observation 166, où la langue était sèche au troisième jour (ib., p. 305) ; l'observation 170, où la langue était sèche et peu chargée au troisième jour (ib., p. 321) ; l'observation 172, où la langue est sèche au troisième jour. Qu'on voie enfin dans le traité de John Clark : l'observation 1, où, dès le second jour au matin, la langue est sèche et brûlée (état que les médecins français employés dans l'Algérie désignent souvent par le nom de *langue rôtie*) (p. 151) ; l'observation 6, où la langue était très-brune et brûlée au quatrième jour (p. 170) ; l'observation 9, où, le troisième jour au matin, la langue était sale et sèche (p. 180) ; l'observation 12, où, le deuxième jour, la langue était sale et brûlée (p. 187) ; l'observation 15, où, le troisième jour, la langue était sale et noire (p. 199). Le nombre des cas, où la langue était brûlée (p. 199). Le nombre des cas, où de très-bonne heure la langue se sèche dans les fièvres rémittentes ou continues des pays chauds, est, on le voit, assez considérable pour que ce symptôme entre en ligne de compte dans l'espèce de diagnostic rétrospectif dont je réunis ici les éléments.

Ce symptôme appartient-il aux fièvres du climat de Paris ? Se trouve-t-il dans les observations des *Épidémies* d'Hippocrate ? A la première question, il est aisé de répondre que, dans la fièvre typhoïde, la seule des fièvres de Paris où l'on puisse chercher avec quelque apparence un terme de comparaison aux fièvres décrites par Hippocrate, la langue se sèche à une époque plus avancée de la maladie ; on ne trouve de langues si promptement sèches que dans certains cas de scarlatine maligne, d'érysipèle de mauvais caractère, d'inflammation des reins, etc., toutes affections qui n'ont aucune relation avec les observations des *Épidémies*. Quant à la fièvre typhoïde, on n'a, pour s'en convaincre, qu'à feuilleter le recueil de MM. Chomel et Genest, ouvrage spécialement consacré à cette maladie. On y lit : « La bouche du malade devient pâteuse, son humidité diminue, une salive peu abondante et très-épaisse l'humecte imparfaitement ; aussi, quand le malade parle, on distingue quelquefois le bruit que fait la langue en se détachant des parties avec lesquelles elle était en contact. Si le malade la tire en dehors et qu'on applique le doigt à sa surface, il ne s'en détache qu'avec une espèce de difficulté, à raison de la consistance glutineuse du fluide qui la recouvre. Cet état, que les observateurs ont désigné par le nom de langue collante, est le premier degré de la sécheresse, qui devient ordinairement complète vers la fin de la première période. » (Ouv. cité, p. 9). Ce que MM. Chomel et Genest appellent première période est le premier septenaire ; et, si l'on se reporte aux observations particulières, on trouve que le cas où la sécheresse de la langue a été signalée le plus tôt par ces auteurs est un cas où elle fut sèche dès le sixième jour (p. 65).

La seconde question n'offre pas plus de difficultés ; ce sont encore uniquement des faits matériels à constater. Dans l'observation 1 du premier livre des *Épidémies*, la langue commençait à se sécher le troisième jour ; observation 2, la langue est sèche dès le premier jour ; observation 10, la langue devient sèche dans les trois premiers jours ; observation 11, langue sèche au quatrième jour ; observation 12, langue sèche dans les trois premiers jours ; observation 2, troisième livre, première série, langue brûlée dans le début (ἐπεκαύθη), c'est la langue rôtie des médecins français de l'Algérie, et la langue brûlée, *parched*, des médecins anglais ; observation 10, langue légèrement sèche dès le premier jour ; observation 12, langue légèrement sèche dès le premier jour ; observation 3, deuxième série, dès le premier jour, langue légèrement sèche ; observation 10, langue brûlée dès le début ; observation 12, langue fuligineuse et sèche dès le début.

Ainsi, dans la fièvre typhoïde de Paris, la langue ne se sèche guère que vers la fin du premier septenaire ; dans les fièvres rémittentes et continues des pays chauds, elle se sèche souvent dès le second et le troisième jour ; il en est de même dans les fièvres relatées dans les *Épidémies*. C'est pour ces fièvres un nouveau point de dissemblance avec la fièvre typhoïde, de ressemblance avec celles des pays chauds.

Y a-t-il, dans la fièvre typhoïde de Paris, des apyrexies plus ou moins complètes ? Pour répondre à cette question, j'ai parcouru les quarante-six observations que renferme l'ouvrage de MM. Chomel et Genest. Or, sur ce nombre, je n'ai trouvé qu'un cas (obs. 30, p. 363) où l'on pourrait voir une apyrexie, bien que cela ne soit pas formellement énoncé. Il en résulte que les apyrexies, si tant est que ce cas en soit un exemple, sont très-rares dans la fièvre typhoïde. Des redoublements irréguliers y sont très-fréquents ; mais les apyrexies sont étrangères à cette affection. Voyons maintenant ce que l'on trouve dans les recueils de fièvres rémittentes et continues des pays chauds. Dans le livre de M. Maillot, observation 37, au sixième jour, soif, céphalalgie, quelques frissons revenant à plusieurs reprises et irrégulièrement dans la journée ; langue un peu effilée

Digitized by Google

et rouge sur les bords, mais humide; le lendemain, *apyrexie, plus de soif, plus de céphalalgie;* à la visite du soir, coma (p. 171); observation 39, quatrième jour, céphalalgie atroce, langue sèche et d'un rouge de sang, soif inextinguible, épigastre douloureux, peau sèche et brûlante, pouls dur et fort; le lendemain au matin, *apyrexie, disparition totale des phénomènes morbides, soit du côté des voies digestives, soit du côté de l'encéphale, pas même de soif;* à dix heures du même jour, frissons, froid, tremblement; à midi, coma: à deux heures, mort dans l'état soporeux (p. 177). On trouve un phénomène analogue dans l'observation 41. p. 185, dans l'observation 42, p. 188, dans l'observation 45, p. 201, dans l'observation 47, p. 210. Ce relevé a été fait sur dix-neuf observations. Ainsi, six fois sur dix-neuf, c'est-à-dire presque dans un tiers des cas, il y a eu apyrexie ou rémission très-tranchée. C'est une différence notable avec la fièvre typhoïde de Paris. Il faut maintenant se reporter aux *Epidémies* d'Hippocrate. Observation 1, premier livre, le matin du troisième jour et jusqu'au milieu de la journée le malade parut être sans fièvre, mais vers le soir, fièvre aiguë, etc. Observation 3, au neuvième jour le malade sua; crise; suspension de la fièvre; cinq jours après, récidive, gonflement de la rate, fièvre aiguë, surdité, etc. Observation 5, au quinzième jour, la malade vomit en assez grande abondance des matières bilieuses et jaunes, elle sua et fut sans fièvre; mais, dans la nuit fièvre aiguë..., au vingt-septième jour, apyrexie, dépôt dans les urines, douleur légère de côté; mais le trente-quatrième jour, retour de la fièvre, etc. Observation 6, au soixante-dixième jour, apyrexie; suspension de la fièvre pendant dix jours; au quatre-vingtième, frisson, fièvre aiguë, etc. Observation 12, le huitième jour au matin, frisson, fièvre aiguë, sueur chaude, le malade parut être sans fièvre; peu de sommeil; après le sommeil, refroidissement, ptyalisme; vers le soir, beaucoup de délire, etc. Observation 13, la malade, ayant éprouvé un amendement au septième jour, resta trois jours sans fièvre, mais au onzième, récidive, frisson, fièvre, etc. Observation 14, au septième jour, sueur, suspension de la fièvre, puis récidive, etc. Observation 2, troisième livre, première série, au quatorzième jour, apyrexie, point de sueur...; vers le dix-septième jour, récidive, chaleur; les jours suivants, fièvre aiguë, etc. Observation 3, au onzième jour, apyrexie, sueur; interruption de la fièvre pendant deux jours, récidive au quatorzième jour; au vingtième jour, sueur, apyrexie; au vingt et unième retour du délire, soif légère, etc. Observation 5, huitième jour, apyrexie; au neuvième, récidive...; au dix-septième, nouvelle apyrexie; au dix-huitième, retour d'une légère chaleur, etc. Observation 6, au sixième jour, apyrexie; au septième, frisson, légère chaleur, etc. Observation 1, troisième livre, deuxième série, au trente-quatrième jour, apyrexie, puis retour de la chaleur; au quarantième, apyrexie, puis accès irréguliers de fièvre, etc. Observation 2, au vingt-huitième jour, apyrexie, puis retour de la fièvre, etc. Observation 7, au vingtième jour, sueur, apyrexie; mais le vingt-quatrième la fièvre reparut, ainsi que la surdité, etc. Observation 8, au vingtième jour, apyrexie...; au vingt-septième la fièvre recommença, etc. Observation 10, au vingtième jour, le malade sua beaucoup, et il sembla être sans fièvre, mais, vers le soir, retour de la chaleur et de toutes les souffrances.

Ainsi, sur quarante-deux cas de fièvre rapportés par Hippocrate, il y a eu seize fois, c'est-à-dire dans plus d'un tiers des cas, tantôt une courte apyrexie, comme dans les observations de M. Maillot, tantôt une apyrexie beaucoup plus prolongée. Donc, de ce côté encore, les fièvres des *Epidémies* ont leurs analogies dans les fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds. Quant aux apyrexies qui ne durent pas seulement quelques heures, mais qui s'étendent à plusieurs jours, de sorte que la reprise de la fièvre semble constituer ou constitue réellement une récidive, elles ne manquent pas moins dans la fièvre typhoïde de Paris; car on n'appellera pas de ce nom les accidents fébriles que produisent certaines imprudences, surtout dans le régime alimentaire, lorsque la convalescence a commencé et que l'éruption intestinale achève de se cicatriser. Mais les *Epidémies*, on vient de le voir, en présentent des exemples caractérisés; et ces exemples ne font pas défaut, non plus, dans les observations de fièvres qu'ont fournies les pays chauds. Ainsi, dans le livre de J. Clark, le malade de l'observation 6, pris de fièvre le 8 septembre, paraît convalescent le 12, est repris le 20. Cette tendance à récidive est un caractère que les fièvres rémittentes et pseudo-continues tiennent des fièvres intermittentes. Hippocrate avait donné une grande attention à ces récidives, qui ont beaucoup moins occupé les modernes; il les comprenait dans le cours total de la fièvre, et il avait essayé (ainsi qu'on le voit dans les *Epidémies*) d'en tirer des indications pronostiques sur la marche et la durée des affections.

Ce n'est pas seulement par là que se particularise la marche des fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds. Quoique ces maladies aient quelquefois un cours très-prolongé, leur nature comporte également qu'elles se terminent dans un délai très-bref, soit par la santé, soit par la mort. Je citerai un exemple de chacune de ces terminaisons.

Obs.— Beuxer, jeune soldat, fort, bien constitué, n'ayant jamais été malade, entra à l'hôpital d'Alger, le 30 juin 1833, à six heures du matin, venant de la Maison-carrée, poste situé dans la Métidja. Il était

Digitized by Google

malade depuis trois jours; il n'y avait eu ni intermittence ni rémittence dans les accidents qu'il éprouvait. A son arrivée il offrait les symptômes suivants: céphalalgie des plus violentes, pouls dur, plein et accéléré, peau brûlante, envies de vomir, soif ardente, langue acérée, muqueuse au centre, d'un rouge vif sur les bords et à la pointe; point pleurétique du côté droit. (*Diète, eau gommeuse, saignée du bras de vingt onces, soixante sangsues, dont trente à l'épigastre et trente sur le point douloureux.*) A la visite du soir, vers trois heures, cet homme était dans le coma. Il était donc survenu un paroxysme, et, malgré l'énergie de la médication employée le matin, ce paroxysme était pernicieux. (*Saignée du bras de vingt onces, quarante sangsues sur le trajet des jugulaires, cinquante disséminées sur l'abdomen.*) 1er juillet matin; état voisin de l'apyrexie, intelligence nette. Il ne reste des phénomènes si graves de la veille, que cette accélération du pouls, sans chaleur à la peau, sans soif, qui persiste toujours pendant quelques heures après la terminaison de l'accès proprement dit. (*Diète, eau gommeuse, potion gommeuse, vingt-quatre grains de sulfate de quinine en potion, à prendre en deux fois.*) L'apyrexie s'établit tout à fait pendant la première journée; dès ce jour il n'y eut plus de fièvre, et la douleur pleurétique, enlevée par la première application de sangsues, ne reparut pas. Le sulfate de quinine fut continué à doses décroissantes pendant quatre jours. Le malade sortit le 26 juillet, après avoir mangé les trois quarts de la portion pendant onze jours. (Maillot, p. 168.)

Voilà une maladie des plus graves et des plus menaçantes terminée en quatre jours par la santé. En voici une autre terminée encore plus rapidement par la mort.

Obs.— Clavel, soldat au 59e, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, n'ayant pas été malade depuis deux ans qu'il est au régiment, d'une conduite très-régulière, entra à l'hôpital de Bone le 15 décembre 1834, au dixième jour d'une gastro-colite à symptômes peu intenses; soif assez vive, enduit légèrement visqueux sur la langue, qui est acérée et rouge sur les bords; peau chaude, pouls accéléré sans dureté ni plénitude; huit à douze selles dans les vingt-quatre heures. (*Diète, eau gommeuse, potion gommeuse, trente sangsues à l'épigastre, un quart de lavement amylacé avec addition de soixante gouttes de laudanum.*) 16 matin, apyrexie, plus de soif, langue plate et humide, rosée, une seule selle pendant la nuit. (*Diète, eau gommeuse, potion gommeuse.*) A dix heures, invasion d'un accès qui débute par un froid très-grand, et qui s'accompagne de beaucoup d'anxiété; point de selles, point de vomissements, point de coma, point de délire. Mort à trois heures après midi. (Maillot, p. 188.)

Des affections semblables, qui sont habituelles dans les pays chauds, portent, quant à leur marche et à leur durée, un cachet tout spécial. Ici, à Paris, on ne pourrait trouver d'exemple d'une rapidité pareille que dans certaines fièvres éphémères; mais la terminaison en est bien rarement funeste, ou dans certaines fièvres éruptives, la scarlatine, par exemple; mais il va sans dire que les fièvres éphémères et les fièvres éruptives sont, de leur côté, des entités pathologiques tout à fait distinctes des fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds. Quant à la fièvre typhoïde, si dans quelques cas rares elle se termine par la mort vers le sixième ou le septième jour, elle ne se termine jamais par la santé dans un intervalle aussi court; sa nature ne le comporte pas. Si l'on se tourne vers les observations d'Hippocrate, on verra que plusieurs sont, pour la marche, tout à fait identiques à celles que j'ai empruntées tout à l'heure à un médecin contemporain.

A tous ces rapprochements qui, dans mon opinion, ne laissent aucun doute sur l'identité des fièvres rémittentes et continues des pays chauds avec les fièvres décrites par Hippocrate, j'ajouterai une dernière particularité. M. W. Twining dit dans son ouvrage : « Le commencement des fièvres rémittentes est généralement marqué par de la langueur, de l'oppression à la région précordiale, de la débilité, et par cette combinaison particulière de lassitude, de douleur, d'anxiété et de faiblesse, affectant la tête et le derrière du cou, sensation que le docteur Curry avait coutume de décrire sous le nom d'angoisse fébrile (*febrile anguish*). (*Ouv. cité*, t. 2, p. 291.) » Cette douleur du cou ne manque pas non plus aux observations d'Hippocrate. Ainsi, on lit dans l'observation II, premier livre : « Le malade commença à souffrir dans les lombes, il eut de la pesanteur de tête et un sentiment de tension dans le cou. » Dans l'observation IV, les douleurs de la tête, du cou et des lombes sont signalées. Le même symptôme est indiqué dans les mêmes termes, observation V. Même symptôme dans les observations X, XIII, XIV, dans l'observation IV, troisième livre, deuxième série, et dans l'observation XIV. Cette particularité symptomatique, qui appartient aux fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds à peu près comme la céphalalgie sus-orbitaire à notre fièvre typhoïde, n'a pas échappé, on le voit, à l'attention d'Hippocrate. Si elle montre combien Hippocrate a été observateur exact des phénomènes pathologiques, elle montre aussi, d'une manière frappante, l'identité des fièvres des *Epidémies* avec celles des pays chauds; car, plus le phénomène est spécial et d'une observation délicate, plus la coïncidence est convaincante.

Les fièvres rémittentes et continues des pays

Digitized by Google

chauds ont encore, dans leur symptomatologie, ceci de particulier, que les refroidissements du corps et des membres, les sueurs froides et la lividité des extrémités y sont fréquentes. Pour donner une idée un peu complète de ces symptômes, je citerai d'abord la description de la fièvre algide, suivant M. Maillot, description qui représente l'état de refroidissement porté à un plus haut degré qu'on ne le trouve dans les *Epidémies*, mais qui, en raison même de ce qu'elle a de tranché, signale fortement à l'attention la condition pathologique dont il s'agit ici. J'y joindrai quelques remarques de M. W. Twining, qui concourent au même but, et qui ont, pour la discussion actuelle, l'avantage d'être directement applicables aux observations d'Hippocrate.

« La fièvre algide, dit M. Maillot, n'est pas généralement, comme on le dit, la prolongation indéfinie du stade de froid ; je l'ai vue rarement débuter de la sorte. Il y a même entre ces deux états un contraste frappant. Dans le premier stade des fièvres intermittentes, la sensation du froid est hors de toute proportion avec l'abaissement réel de la température de la peau, tandis que, dans la fièvre algide, le froid n'est pas perçu par le malade, alors que la peau est glacée. C'est ordinairement pendant la réaction que commencent à paraître les symptômes qui la caractérisent; souvent ils surviennent tout à coup au milieu d'une réaction qui paraissait franche. Au trouble de la circulation succède en peu d'instants et presque sans transition le ralentissement du pouls, qui devient bientôt très-rare, fuit sous le doigt et disparaît; l'abaissement de la température du corps va vite et suit la progression promptement décroissante de la circulation; les extrémités, la face, le torse, se refroidissent successivement; l'abdomen seul conserve encore quelque temps un peu de chaleur; le contact de la peau donne la sensation de froid que procure le marbre... Les lèvres sont décolorées, l'haleine froide, la voix cassée, les battements du cœur rares, incomplets, appréciables seulement par l'auscultation ; les facultés intellectuelles sont intactes, et le malade se complaît dans cet état de repos, surtout lorsqu'il succède à une fièvre violente; la physionomie est sans mobilité; l'impassibilité la plus grande est peinte sur son visage; ses traits sont morts. La marche de cette fièvre est très-insidieuse; il n'est peut-être personne dont elle n'ait surpris la vigilance; avant d'être familiarisé avec l'observation des accidents de cette nature, on prend souvent pour une très-grande amélioration due aux déplétions sanguines, le calme qui succède aux accidents inflammatoires; et plus d'une fois, dans de semblables circonstances, on n'a été détrompé que par la mort soudaine du malade... Toutes les fois qu'à une réaction plus ou moins forte, on verra succéder tout à coup un ralentissement du pouls, avec pâleur de la langue et décoloration des lèvres, on ne devra pas hésiter à diagnostiquer une fièvre algide. La temporisation ici donne la mort en quelques heures. Dans quelques cas très-rares, j'ai cependant vu cet état algide se prolonger trois ou quatre jours. Le malade expire en conservant toutes ses facultés intellectuelles; il s'éteint comme par un arrêt de l'inervation. Lorsque la mort n'est pas le terme de cet état morbide si grave, le pouls se relève; la peau reprend sa chaleur naturelle; quelquefois alors la réaction détermine une irritation de l'encéphale ou des voies digestives; mais rarement elle est assez intense pour qu'on soit obligé de la combattre par des déplétions sanguines (*Ouv. cité*, p. 32). »

M. Twining a remarqué, de son côté, la tendance qu'ont les fièvres rémittentes et continues des pays chauds, à produire le refroidissement, les sueurs froides et la lividité des extrémités. « Les types du plus mauvais caractère, dit-il (Ouvr. cité, t. 2, p. 290), qui se présentent pendant les saisons malsaines, ressemblent beaucoup aux fièvres pernicieuses intermittentes des localités les plus insalubres du midi de l'Europe; ils sont caractérisés par des symptômes indiquant l'extrême congestion du sang dans un ou plusieurs organes importants, et on y remarque de bonne heure l'invasion de la faiblesse, de la gêne de la respiration, un pouls petit et faible, de l'anxiété, la prédominance des sueurs froides prolongées, qui quelquefois durent plusieurs jours et sont accompagnées de syncopes, du froid et de la lividité des extrémités, tandis que la tête est chaude.» Et un peu plus loin, p. 291 : « Il y a beaucoup de diversité dans les symptômes suivant les cas. Chez les malades de constitution délicate, qui ont longtemps souffert de fatigues, de privations et des inclémences de l'air, et chez qui la maladie a été précédée pendant plusieurs jours de débilité et d'un état non précisément fébrile, nous trouvons souvent un pouls faible et rapide; la langue est humide et peu chargée, avec des mucosités grises; parfois elle est complétement pâle; les conjonctives sont pâles, et la face parfois prend une teinte livide et cadavéreuse; les gencives sont livides; la tête et la poitrine, quoique chaudes au temps du paroxysme, sont bientôt couvertes d'une sueur froide; les extrémités demeurent froides pendant plusieurs heures après la terminaison du paroxysme.» Enfin, pag. 294 : « A la fin du quatrième ou cinquième paroxysme, et parfois plus tôt, quelques malades continuent à devenir de plus et plus froids et faibles jusqu'à ce qu'ils meurent. J'ai connu des cas où un seul paroxysme est devenu fatal, de cette façon, chez des personnes délicates qui avaient beaucoup souffert de fatigues et de privations. Dans les formes les plus intenses, il y a deux périodes de chaque paroxysme, accompagnées de danger; l'une est durant

Digitized by Google

l'accroissement de la chaleur morbide quand l'excitation fébrile et l'action artérielle sont fortes, et que des épanchements se forment dans le cerveau ou d'autres organes importants. L'autre période de danger est à la fin du paroxysme, quand l'excitation morbide et l'action vasculaire ont cessé, quand les capillaires paraissent dans un état de relâchement, quand la langueur et la débilité prévalent. En certains de ces cas, le malade tombe graduellement dans un état qui a quelque ressemblance avec le collapsus cholérique et la syncope; et le froid continue jusqu'à ce que le malade meurt. »

Ces symptômes observés et décrits par M. W. Twining se retrouvent dans les *Épidémies*. Sur quinze des quarante-deux malades dont Hippocrate nous a transmis l'histoire, j'ai noté des phénomènes analogues. En voici le relevé.

Pemier malade; premier livre: première série. Au cinquième jour, extrémités complétement froides et qui ne se rechauffèrent plus; au sixième jour, extrémités livides.

Deuxième malade; premier livre; première série. Sixième jour, extrémités froides, livides; septième *jour*, les extrémités ne se sont pas encore réchauffées; *huitième jour*, les extrémités se sont un peu *réchauffées*; dixième jour, les extrémités sont de nouveau froides.

Quatrième malade; premier livre; première série. Dans les premiers jours, extrémités froides.

Huitième malade; premier livre; première série. Cinquième jour, extrémités froides, un peu livides.

Onzième malade; premier livre; première série. Troisième jour, sueur froide générale; sixième jour, extrémités froides.

Sixième malade; troisième livre; première série. Au huitième jour d'une récidive, extrémités froides, et dès lors elles le furent toujours.

Septième malade; troisième livre; première série. Extrémités froides, livides.

Huitième malade; troisième livre; première série. Troisième jour, extrémités livides et froides.

Neuvième malade; troisième livre; première série. Extrémités froides durant tout le cours de la maladie.

Onzième malade; troisième livre; première série. Quatrième jour, extrémités froides; cinquième jour, extrémités froides, un peu livides; sixième jour, même état.

Douzième malade; troisième livre; première série. Deuxième jour, petites sueurs froides autour *de la tête*; septième jour, vers le soir, sueur froide générale, refroidissement, extrémités froides, qu'on ne peut plus réchauffer; la chaleur n'y revint qu'au dixième jour; au onzième jour, elles redevinrent froides.

Troisième malade; troisième livre; deuxième série. Deuxième jour, refroidissement des extrémités, particulièrement de la tête et des mains.

Cinquième malade; troisième livre; deuxième série. Deuxième jour, extrémités froides.

Treizième malade; troisième livre; deuxième série. Extrémités froides dans les premiers jours.

Quatorzième malade; troisième livre; deuxième série. Au quatorzième jour, extrémités froides, et mort au dix-septième jour.

Quinzième malade; troisième livre; deuxième série. Dans les premiers jours, extrémités froides.

En cela encore, les fièvres des *Épidémies* concordent avec celles des pays chauds.

On ne m'objectera pas sans doute d'avoir fait entrer dans ma comparaison les fièvres du Bengale, pays beaucoup plus méridional que la Grèce, car les fièvres des contrées chaudes ne sont séparées que par des nuances; elles portent l'empreinte d'un caractère commun, et ce caractère essentiel est la possibilité d'un échange entre l'intermittence, la rémittence et la continuité. Il est marqué dans les fièvres du Bengale, il l'est dans celles de l'Algérie; il ne l'est pas moins dans celles de la Grèce; et les fièvres décrites par Hippocrate sont encore les fièvres qui ont tant fait souffrir l'armée française dans l'expédition de Morée. « Le règne des fièvres intermittentes, rémittentes, et même sub-intrantes avec un caractère pernicieux, dit M. Roux, était très-remarquable. On a vu plus : on a observé des fièvres continues avec des exacerbations très-prononcées, dont le danger a été imminent. Au type rémittent et surtout sub-intrant, se trouvait presque toujours jointe une congestion plus ou moins vive, et d'ordinaire intense de la membrane muqueuse gastro-intestinale (*Histoire méd. de l'armée française en Morée pendant la campagne de* 1828; Paris, 1829, p. 38).» Et ailleurs : « Quoique le nombre des fièvres à périodes, intermittentes ou rémittentes soit toujours très-grand, il semble cependant diminuer, et celles qui sont d'un caractère pernicieux, devenir moins communes (p. 49). » Ainsi, la Grèce est réellement sous un climat qui en fait le siége de fièvres rémittentes; or, ces fièvres sont comparables dans tous les pays chauds. Ici, on le voit, deux arguments partis de deux points différents aboutissent à un même terme. Les fièvres rémittentes et pseudo-continues sont à la fois celles que les observateurs modernes constatent aujourd'hui dans la Grèce, et celles que la discussion précédente a identifiée avec les fièvres décrites par Hippocrate. La Grèce antique et la Grèce moderne sont, à vingt-deux siècles de distance, affligées par les mêmes fièvres; et cela prouve que les conditions climatologiques n'y ont pas essentiellement changé; car l'homme, qui en est un des réactifs les plus sensibles, y donne aujourd'hui comme alors la même réaction.

Digitized by Google

Ayant montré que les observations d'Hippocrate se rapportent aux fièvres rémittentes et pseudo-continues, j'ai, par cela même, montré qu'elles ne se rapportent ni à la peste, ni à la fièvre jaune. J'aurais pu, d'ailleurs, exclure directement ces deux fièvres; car les malades dont Hippocrate nous a transmis l'histoire n'ont eu ni bubons, ni vomissement noir.

M. Maillot, dont le livre m'a été d'un si grand secours dans cette discussion, exprime, à diverses reprises et sous diverses formes, son étonnement de ne plus trouver, dans l'Algérie, les maladies qu'il était accoutumé à observer en France. Je citerai entre autres le passage suivant qui contient des remarques sur une observation de fièvre pseudo-continue : « On chercherait en vain à trouver, dans ce qu'a de spécial cette maladie, quelques analogies avec ce qu'on observe dans les gastro-céphalites continues (1). Jamais, dans ces dernières, on ne voit l'état algide qui est venu si brusquement ici déterminer la mort. Ce sont-là des faits à peu près inconnus hors des pays chauds et marécageux. Lorsque, d'une part, ces étranges accidents se multiplient à l'infini et deviennent presque toujours mortels, si l'on n'oppose, dès le début, que les antiphlogistiques aux affections continues de ces dernières localités; lorsque, de l'autre, ils sont souvent prévenus et enrayés par la médication propre aux fièvres intermittentes, n'est-on pas en droit de les considérer comme étant de même nature que celles-ci, malgré les analogies qui tendent à les ranger parmi les affections continues (ouvr. cité, p. 198)? » Puisque les médecins qui, du climat de la France, sont soudainement transportés sous celui de l'Algérie, ne reconnaissent plus les phénomènes pathologiques qui leur étaient familiers, et sont, avant toute chose, frappés de l'extrême dissemblance entre les fièvres des deux pays, il ne faut pas s'étonner si les médecins qui pratiquent dans nos villes et enseignent dans nos écoles, venant à étudier les *Epidémies* d'Hippocrate, se sont trouvés pour ainsi dire dépaysés. J'ai tenu à mentionner ici l'impression qu'éprouva M. Maillot au début de sa pratique en Algérie, et qui est si instructive; car aller subitement de France exercer la médecine dans un pays chaud, ou lire les observations d'Hippocrate, c'est tout un; l'impression est la même, le changement de scène est aussi grand.

En regard de cette surprise du médecin français amené sans transmission sur le théâtre des fièvres rémittentes et pseudo-continues, je placerai les remarques de deux auteurs qui, ayant étudié les maladies de pays plus chauds que le nôtre, n'ont pas hésité à voir, dans les observations d'Hippocrate, l'analogue de ce qu'ils avaient sous les yeux. M. Meli dit dans la préface de son livre sur les fièvres bilieuses : « Nous pouvons prendre, dans les *Épidémies* d'Hippocrate, une juste idée des fièvres bilieuses, et même en reconnaître les variétés, dont on peut étudier l'une ou l'autre dans les quarante-deux histoires que ce livre renferme (*Trattato delle febri biliose*, nuova edizione, Milano, 1837). » De son côté, M. James Johnson dit : « Les effluves fébrifiques des marais paraissent avoir échappé à la connaissance d'Hippocrate; cela est d'autant plus étonnant, que plusieurs des fièvres qu'il décrit sont visiblement des fièvres rémittentes bilieuses de notre temps (Voyez par exemple *Épid.* I, malade VIII), et produites sans doute par les mêmes causes (*On the influence of tropical climates*, third edition. London, 1821, p. 25). » Les remarques de ces deux auteurs (et ce sont celles auxquelles j'ai fait allusion en commençant) se bornent à cela; ils ne les ont ni développées, ni prouvées; mais, quelque brèves qu'elles soient, elles ne m'en ont pas moins paru très-précieuses dans la question dont j'ai essayé de donner la solution.

Dans la double comparaison que j'ai poursuivie simultanément, tout en laissant de côté les fièvres non comparables, c'est-à-dire les fièvres éruptives, la peste et la fièvre jaune, on voit, en toute chose, les fièvres décrites par Hippocrate s'éloigner des fièvres de notre climat, et se rapprocher des fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds. Ma discussion a constamment roulé sur ces deux points. En effet, si je n'avais pu que signaler des différences entre les fièvres décrites par Hippocrate et nos fièvres, je n'aurais pu, non plus, que conclure à l'alternative suivante : ou bien les descriptions d'Hippocrate sont insuffisantes pour une détermination, ou bien les maladies auxquelles elles se rapportent n'existent plus sous leur forme ancienne; tel est le cas de la peste d'Athènes, de la suette anglaise, etc.; et il aurait fallu avoir autant de foi aux récits d'Hippocrate que l'on en a, et avec raison, au récit de Thucydide, pour reconstruire sur cette base un fragment de la pathologie éteinte. Mais la concordance des descriptions des modernes avec celles d'Hippocrate coupe court à l'une et à l'autre alternative, et ôte aux observations du médecin ancien le caractère historique pour leur donner le caractère de la réalité encore vivante; c'est-à-dire qu'au lieu d'être un fait immuablement enchaîné dans le passé, ces observations se répètent d'âge en âge et de générations en générations. C'est pour cela que j'ai cru devoir rapporter d'assez longs extraits des livres des médecins modernes sur ce sujet.

(1) Entendez fièvres typhoïdes, dothiénenteries. Le mot de gastro-céphalite en est synonyme dans le langage de plusieurs médecins.

Digitized by Google

Je récapitule sommairement les résultats de la double comparaison que j'ai établie :

1° Les fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds diffèrent des fièvres continues des pays tempérés, et, en particulier, de celles de Paris.

2° Les fièvres décrites dans les *Épidémies* d'Hippocrate diffèrent également de nos fièvres continues.

3° Les fièvres décrites dans les *Épidémies* ont, dans leur apparence générale, une similitude très-grande avec celles des pays chauds.

4° La similitude n'est pas moins grande dans les détails que dans l'ensemble.

5° Dans les unes comme dans les autres, les hypochondres sont, pour un tiers des cas, le siége d'une manifestation toute spéciale.

6° Dans les unes comme dans les autres, la langue peut se sécher dès les trois premiers jours.

7° Dans les unes comme dans les autres, il y a des apyrexies plus ou moins longues, plus ou moins complètes.

8° Dans les unes comme dans les autres, la marche *peut être extrêmement* rapide, et la maladie se terminer *en trois* ou quatre jours, soit par la santé, soit *par la mort*.

9° Dans les unes comme dans les autres, le cou est le siége d'une sensation douloureuse.

10° Dans les unes comme dans les autres, il y a une forte tendance au refroidissement du corps, à la sueur froide et à la lividité des extrémités.

Tant de ressemblances, aussi bien dans l'ensemble que dans les détails, démontrent l'identité entre les fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds et les fièvres dont Hippocrate a rapporté des observations dans ses *Épidémies*. Une seule chose pourrait surprendre, c'est que cette identité n'ait pas été établie depuis longtemps par les pathologistes, et fixée comme il convenait qu'elle le fût. Pour mon compte, j'ai moins que personne le droit d'en être surpris ; car ce n'est qu'après des efforts longtemps inutiles, qu'après m'être fourvoyé mainte fois (1) que je suis arrivé à un résultat satisfaisant. On se rendra raison de ces difficultés en se rappelant combien l'étude de la médecine selon les climats est encore peu avancée, combien les notables modifications qu'ils impriment à la pathologie sont loin d'être réduites en corps de doctrine, et combien l'on est toujours tenté de ramener à la mesure des faits que l'on observe les faits que l'on n'observe pas.

Maintenant que j'ai déterminé les fièvres auxquelles il faut rapporter les histoires consignées dans les *Épidémies*, je puis avec plus de sûreté entrer plus avant dans la pyrétologie d'Hippocrate. Laissant de côté les fièvres intermittentes, qui ne peuvent être l'objet d'aucune contestation, j'ai relevé, dans les *Épidémies*, les dénominations suivantes : les fièvres continues, πυρετοὶ ξυνεχέες; la fièvre hémitritée, ἡμιτριταῖος; le causus, καῦσος, la phrénitis, φρενῖτις.

Voici les passages qui servent à caractériser l'espèce de fièvres qu'il appelle continues. Dans un endroit, Hippocrate dit : *Des fièvres nombreuses et continues, non intenses*. Cela n'indique que l'intensité de la maladie. Ailleurs : *Fièvres continues, sans intermission, avec rémission un jour, et exacerbation l'autre*. Cette indication est tout à fait caractéristique ; il s'agit d'une fièvre rémittente double tierce. Le reste de la description appartient aux fièvres rémittentes des pays chauds : marche toujours croissante de la maladie ; frissons irréguliers ; sueurs abondantes ; refroidissement considérable des extrémités qu'on ne réussirait guère à réchauffer. Dans un troisième passage, il est question de fièvres continues dont les unes avaient des accès le jour et des intermissions la nuit, et les autres avaient des accès la nuit et des intermissions le jour. Enfin, dans un quatrième passage, Hippocrate ne considère les fièvres continues que relativement à leur marche.

Il résulte de ces passages que, sous le nom de fièvres *continues*, πυρετοὶ ξυνεχέες, Hippocrate a compris toutes les fièvres qui n'ont pas d'intermissions caractérisées.

Il nous a donné lui-même la définition de la fièvre hémitritée. « C'est, dit-il, une fièvre se relâchant un jour, s'exaspérant un autre. » Cette définition rentre dans celle des fièvres continues. Mais M. Bartels (*Die gesammten nervœsen Fieber*, t. I, p. 578) fait une remarque qu'il est bon de consigner ici : « La véritable hémitritée, dit-il, est une complication réelle d'une fièvre intermittente avec une autre fièvre qui est continue. Elle ne se montre dans nos contrées que rarement ; mais elle est plus fréquente dans les contrées plus chaudes de l'Europe, quoique plus d'une fois l'hémitritée fausse (1) ait été confondue avec la vraie. Dans la vraie, la fièvre intermittente est tierce ; la fièvre non intermittente est quoti-

(1) J'ai, dans l'article Dothinentérie du Dictionnaire de médecine, deuxième édition, t. X, essayé un rapprochement de quelques observations des Epidémies avec notre fièvre typhoïde, à tort, comme on le voit.

(1) Suivant M. Bartels, la fausse hémitritée est une fièvre rémittente à type double tierce, où les rémissions sont tellement considérables, qu'au lieu de simples redoublements, il y a des accès caractérisés.

Digitized by Google

dienne. » Le fait est qu'Hippocrate décrit avec détail une fièvre hémitritée qui sévit sur les phthisiques (première constitution). C'était donc une complication d'une fièvre intermittente-tierce avec une fièvre quotidienne rémittente, qui, dans ce cas particulier, était une fièvre hectique.

Maintenant qu'est-ce que le causus? qu'est-ce que la phrénitis? et j'ajouterai, qu'est-ce que le léthargus (λήθαργος), bien qu'il ne soit pas question du léthargus dans les *Épidémies?* J'en parle ici, non-seulement parce que c'est une fièvre de même famille, mais encore parce que, dans un autre ouvrage, Hippocrate lui-même réunit le léthargus au causus et à la phrénitis.

Causus. — Les fausses assimilations du causus avec des fièvres de notre climat n'ont pas manqué; mais les médecins qui ont écrit sur les maladies des pays chauds ont souvent remarqué que la fièvre ardente des anciens était une variété de la fièvre rémittente ou continue des pays chauds. Ainsi, J. Clark dit dans son ouvrage, p. 122 : « L'épithète d'ardente, quand elle est appliquée aux fièvres, conserve le sens qu'elle avait pour les anciens, c'est-à-dire qu'elle caractérise une fièvre de courte durée, accompagnée de nausées, d'une grande chaleur, de soif et de vomissements bilieux. » Je pourrais, par une nouvelle comparaison des symptômes, faire voir que le causus ou fièvre ardente n'est pas autre chose qu'une fièvre rémittente ou pseudo-continue des pays chauds. Mais j'aime mieux montrer que, dans les histoires particulières rapportées par Hippocrate, il y a des cas de causus; et ce sera avoir prouvé que le causus est une variété des fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds, attendu que j'ai prouvé précédemment que les histoires des *Épidémies* appartiennent à cette catégorie de fièvres. « Les causus, dit Hippocrate dans la troisième constitution, furent tels que les malades en réchappaient surtout par des hémorrhagies abondantes et favorables; et, à ma connaissance, aucun de ceux qui eurent une hémorrhagie pareille ne succomba. Philiscus, Épaminon et Silène moururent, il est vrai; mais ils n'avaient perdu, au quatrième et au cinquième jour, que quelques gouttes de sang par les narines. » Et, plus loin, il ajoute : « Dans ces maladies la plupart moururent au sixième jour, tels que Épaminondas (peut-être Épaminon), Silène et Philiscus, fils d'Antogaras. » Ni Épaminon, ni Épaminondas ne se trouvent nommés dans les histoires particulières; un Silène s'y rencontre (deuxième malade, premier livre), mais il n'est point question d'hémorrhagie ni au quatrième jour, ni au cinquième, et il meurt au onzième et non au sixième, ce n'est donc pas de lui qu'il s'agit. Il n'en est pas de même de Philiscus (premier malade, premier livre) : 1° il a une épistaxis; 2° elle est exprimée dans les mêmes termes (il perdit par les narines quelques gouttes de sang pur); 3° elle survint au cinquième jour; 4° enfin, il mourut le sixième. Une seule de ces coïncidences aurait pu être fortuite; elles ne peuvent pas l'être toutes quatre. Ainsi le Philiscus dont l'histoire est rapportée par Hippocrate, est bien le Philiscus dont il parle dans ses remarques générales sur les maladies qui régnèrent dans la troisième constitution. Sa maladie fut, d'après Hippocrate lui-même, un causus. Ainsi il demeure établi que le causus est une variété des fièvres rémittentes et continues dont Hippocrate a rapporté des exemples dans ses *Épidémies.*

La définition du causus est suivant les anciens : fièvre accompagnée d'une grande ardeur, n'accordant aucun repos au corps, desséchant et noircissant la langue, en faisant naître le désir du froid (1).

Phrénitis. — On pourrait, en remarquant que Hippocrate nomme constamment la phrénitis à côté du causus, reconnaître que ces deux affections ont dû appartenir à la même catégorie pathologique. Mais l'argument que je viens d'employer pour le causus, décidera, ici encore, la question d'une manière plus sûre. Le quatrième malade de la deuxième série du troisième livre est désigné par Hippocrate, comme ayant été affecté d'une phrénitis. Or, les histoires particulières des *Épidémies* sont des histoires de fièvres rémittentes et continues des pays chauds. Donc la phrénitis est une variété de ces fièvres. Galien confirme lui-même cette communauté entre le causus et la phrénitis, en disant dans son Commentaire : « La pléthore bilieuse, se portant sur le foie et l'estomac, engendra les causus; se portant sur la tête, engendra les phrénitis (2). » Galien fait du causus et de la phrénitis deux maladies de même nature. M. Pitschaft (*Hufeland's journal*, avril 1834, p. 29) et M. Simon, junior, de Hambourg (*Berliner medicinische Zeitung*, 1834, p. 191) ont admis, le premier, que le phrénitis pouvait s'associer à toute fièvre portée à un haut degré, le second que la plupart des anciens ont désigné sous le nom de phrénitis ce que nous désignons sous le nom d'encéphalite, avec cette différence qu'ils ne considéraient pas l'affection cérébrale partout et également comme une inflammation, qu'ils y voyaient plutôt une irritation sympathique, et qu'ils n'attribuaient pas aussi fréquemment le délire et la somnolence fébrile à une phlegmasie idiopathique du cerveau. Ces deux savants médecins ont reconnu avec perspicacité que la description de la phrénitis ne cadrait pas avec l'encéphalite ou la méningite; mais, du

(1) Definit. med. auth., p. 395, 54.

(2) Tom. 5, p. 120, éd. Bas.

Digitized by Google

moment qu'ils ne sortaient pas des fièvres de nos pays chauds, ils ne pouvaient pas aller plus loin. La phrénitis d'Hippocrate n'est pas un symptôme qui puisse appartenir idiopathiquement à plusieurs maladies; c'est une variété des fièvres rémittentes et continues des pays chauds. La définition de la phrénitis est, suivant les anciens : *délire aigu avec fièvre intense, carphologie et pouls petit et serré* (1).

Lethargus. — La place qu'Hippocrate a donnée dans le passage cité plus haut du traité *du Régime des maladies aiguës* au lethargus, entre la phrénitis et le causus, ne permet pas de douter que la première de ces maladies ne soit de même nature que les deux autres, c'est-à-dire une fièvre rémittente ou continue des pays chauds. Galien, dans son commentaire sur le passage où Hippocrate rapporte que les malades atteints de phrénitis périrent sous l'accablement d'une somnolence funeste, dit : « Si Hippocrate, sans énoncer qu'aucun des phrénétiques n'eut de transport, avait dit seulement qu'alors les phrénétiques périrent dans l'accablement de la somnolence, il faudrait entendre que chez eux la *phrénitis* s'était changée en lethargus. Mais, comme *il a dit d'abord* qu'aucun n'eut de transport, il est plus naturel d'entendre que ces malades périrent dans l'état de somnolence, tout en restant phrénétiques, c'est-à-dire délirants (2). Ce passage de la phrénitis au léthargus est admis par Cœlius Aurelianus, qui dit que la phrénitis s'aggravant devient léthargus, et que le léthargus déclinant devient quelquefois phrénitis (3). Cet auteur insiste particulièrement sur son caractère fébrile : « Si un délire croissant subitement avec une fièvre aiguë est la *phrénitis*, une somnolence avec fièvre est le léthargus (4). » En effet, il a consigné dans son livre que cette maladie s'accompagne de paroxysmes et de rémissions : « Si dans le léthargus, dit-il, la somnolence était un sommeil, elle ne s'aggraverait pas pendant les paroxysmes; d'ailleurs, elle n'est pas continue, et la plupart du temps elle a des rémissions (5). » Dans un autre endroit de son livre, il exprime encore plus clairement que le léthargus peut être continu ou rémittent : « Nous reconnaissons le léthargus à l'occlusion et à l'hébétude des sens, à la somnolence, à la fièvre aiguë, *soit continue, soit rémittente* (1). » Cette possibilité qu'une même fièvre soit tantôt continue, tantôt rémittente, est un des traits les plus caractéristiques de la physionomie des fièvres des pays chauds. Ainsi Hippocrate place le léthargus entre la phrénitis et le causus, qui sont des fièvres rémittentes; Galien dit que la phrénitis peut se changer en léthargus; enfin Cœlius Aurelianus y signale des paroxysmes et des rémissions. Tout cela autorise pleinement à conclure que le léthargus des anciens est, comme la phrénitis et le causus, une variété des fièvres rémittentes et continues des pays chauds. Soranus la définit *une somnolence aiguë avec des fièvres aiguës, un pouls grand, lent et vide* (2). » M. Bartels ne s'est pas mépris sur le caractère du léthargus des anciens. Il dit (Ouv. cité. t. 2, p. 724) : « Aetius, dans son sixième livre consacré aux accidents cérébraux, parle, d'après Archigène et Posidonius, des fièvres périodiques accompagnées de léthargus; il distingue très-bien les apoplectiques de celles qui sont simplement comateuses, et, dans le traitement, les accès des apyrexies; mais ce qui est remarquable, il ne fait aucune mention du type tierce; il ne cite que les autres types. » Il faut seulement étendre ce que M. Bartels dit ici des fièvres périodiques, aux fièvres rémittentes et continues.

En nous reportant vers l'ensemble de la pyrétologie d'Hippocrate, ou pour mieux dire de la plus ancienne pyrétologie grecque, nous voyons qu'on donnait le nom de continue, ξυνεχής, à la grande fièvre, rémittente ou continue, qui est endémique dans les pays chauds. On y avait distingué quatre variétés qui avaient appelé particulièrement l'attention : c'étaient l'hémitritée, la phrénitis, le léthargus et le causus. Hippocrate lui-même nous apprend que les trois dernières dénominations, du moins, avaient été données par les anciens. Le principe de ces dénominations n'avait pas été le même pour toutes : l'hémitritée avait été nommée d'après le type de la fièvre; le causus, la phrénitis, le léthargus l'avaient été d'après quelque symptôme prédominant. Ce sont là des traces manifestes d'une médecine antihippocratique déjà fort cultivée.

Ces distinctions, au reste, ont été prises dans la nature des choses, et il est possible encore aujourd'hui d'en retrouver les éléments. La *fièvre ardente* a été signalée par la plupart des pathologistes

---

(1) Cælius Aurelianus, p. 8. Amstelodami, 1722.

(2) Tom. 5, pag. 425.

(3) Denique vehementi strictura phrenitici sæpissime in læthargiam venerunt, ut declinante læthargia aliquando e *contrario* læthargi in phrenitim deciderunt, pag. 72.

(4) Denique alienatio subito accrescens cum febribus acutis phreniticæ est passionis; pressura vera cum febribus, læthargiæ, p. 74.

(5) Neque etiam accessionis tempore magis ægros afficeret; item neeque jugis in omnibus est pressura, sed etiam plerumque dimissionis intercapedine levigatur, pag. 74.

(1) Intelligimus læthargum ex obstrusione atque hebetudine sensuum, pressura etiam, atque febre acuta, sive jugi sive dimissionibus intercapedinata, pag. 77.

(2) Cœl. Aurel., pag. 75.

Digitized by Google

qui ont écrit sur les maladies des pays chauds, et l'on peut rapporter au léthargus et à la phrénitis plusieurs observations de M. Maillot qu'il a intitulées, les unes fièvres pernicieuses comateuses pseudo-continues, les autres fièvres pernicieuses délirantes pseudo-continues. Ces dénominations sont les équivalents du léthargus et de la phrénitis d'Hippocrate; et M. Maillot, frappé lui-même de ces conditions diverses, remarque que l'analogie des fièvres pseudo-continues avec les intermittentes se révèle tantôt par le coma (léthargus), tantôt par le délire (phrénitis), et que c'est une variété de forme, mais non de nature (Ouvrage cité, page 182). Ce passage de M. Maillot, est le meilleur commentaire des variétés de fièvres rémittentes et continues, admises par Hippocrate sous les noms de léthargus et de phrénitis. Dans les observations de M. Maillot, aucune équivoque n'est possible. C'est après avoir examiné le malade, et, dans les cas de revers, après avoir fait l'autopsie, qu'il a donné aux affections décrites par lui le titre de fièvres comateuses, de fièvres délirantes. Il a eu tous les éléments du diagnostic sous les yeux, et il est impossible d'y voir soit une encéphalite, soit une méningite. Or, comme Hippocrate a décrit les mêmes fièvres et qu'au lieu de les appeler *comateuses* ou *délirantes*, il les a appelées *léthargus* et *phrénitis*, ce qui est établi pour les observations de M. Maillot l'est aussi pour les siennes. Ajoutons que dans ces fièvres il y a une grande tendance aux congestions cérébrales: « La circonstance la plus remarquable qui se rapporte à la fièvre rémittente, dit M. W. Twining (Ouvr. cité, t. II, p. 296), c'est la violence extrême, mais passagère, du mouvement qui porte le sang vers la tête. » Enfin, M. Roux a signalé dans les fièvres de Morée deux états qui répondent au léthargus et à la phrénitis : « Il se joignait bientôt divers phénomènes nerveux. Ainsi, assoupissement, prostration de forces, *coma*, chez certains malades, offrant des signes d'affection cérébrale manifeste, céphalalgie vive, face animée, vultueuse, pouls plein et fort, délire, et par suite traces évidentes de congestion cérébrale (Ouvr. cité, p. 39). »

Des auteurs ont dit (1) qu'Hippocrate avait divisé les fièvres en intermittentes, rémittentes et continues. On voit que cela n'est pas complétement exact, et Glass est dans le vrai quand, rapportant que, parmi les fièvres, les unes sont rémittentes et les autres continues, il ajoute que les unes et les autres ont été appelées continues par Hippocrate, et que ce sont des auteurs plus récents qui les ont divisées en continues et continentes (2). Et, à vrai dire, la division d'Hippocrate est plus pratique : voici en quoi gît cet avantage.

Le nom de *continues* a été l'origine d'une grave confusion qui est loin d'avoir encore cessé, et qu'on aurait évitée, si on s'était rigoureusement tenu dans les termes d'Hippocrate. En effet, ce mot à une tout autre signification dans les climats chauds que dans les climats tels que le nôtre. Les médecins qui ont écrit sur les fièvres des pays chauds les ont divisées en intermittentes, rémittentes et continues; ceux qui ont écrit sur les fièvres de nos pays les ont divisées en intermittentes, rémittentes et continues. Mais les *continues* des unes sont-elles *continues* des autres ? Pas le moins du monde. Et l'erreur a été fréquemment réciproque; c'est-à-dire que les pathologistes des pays chauds ont été entraînés à assimiler leurs fièvres aux nôtres, et que les pathologistes de nos pays ont été non moins entraînés à assimiler nos fièvres aux leurs. C'est cette confusion qui seule a empêché de reconnaître le véritable caractère des observations particulières des *Épidémies*. Mais si l'on s'était tenu rigoureusement dans la dénomination d'Hippocrate qui, par *continues*, συνεχέες, entendait à la fois les fièvres rémittentes et continues, on aurait reconnu que cette désignation appartenait à une autre maladie que nos fièvres continues, qui ne sont pas susceptibles d'être indifféremment rémittentes ou continues. C'est là, je le répète encore, le caractère essentiel qui distingue de nos fièvres continues les fièvres des pays chauds et toutes celles qui doivent à des conditions locales d'être comparables à celles des pays chauds.

Si les fièvres continues des pays chauds diffèrent de nos fièvres continues, tant par les symptômes que par les lésions anatomiques, il est certain qu'elles n'en diffèrent pas moins par le rapport étroit qu'elles ont avec les fièvres intermittentes. Sur ce point je laisserai parler un témoin oculaire, J. Clark, qui a exposé très-nettement ce rapport : « La division la plus simple et la moins confuse des fièvres est en intermittentes, rémittentes et continues. Ces divisions sont dans la nature et sont les seules qu'aient faites Hippocrate et Celse (1). Comme les fièvres intermittentes et rémittentes dépendent des mêmes causes, se changent facilement les unes dans les autres, et ne peuvent être guéries que par les mêmes remèdes, les écrivains médicaux n'ont pas tracé des limites exactes et précises entre ces deux classes d'affections ; et, pour cette raison, plusieurs auteurs ont rapporté toute espèce de fièvres rémittentes à la classe des intermittentes desquelles la fièvre tierce paraît être la plus constante. Toutes les

(1) Par exemple J. Clarck, ouvrage cité, p. 117.

(2) Comm. duodecim de febribus ad Hippocratis disciplinam accommodati, p. 2, Lond., 1742.

(1) J'ai montré plus haut que cela n'est pas exact.

Digitized by Google

autres formes, quotidienne, double tierce, quarte, etc., ne sont que des modifications différentes de ce type général. La fièvre tierce, quand elle est prise dans cette extension, est celle qui prédomine dans tous les climats chauds ; et, depuis les premiers âges de la médecine jusqu'au temps présent, nous ne rencontrons pas, dans quelque pays que ce soit, une épidémie générale de fièvre que nous ne puissions rapporter à ce genre (1). Une fièvre intermittente laisse le malade libre de tout symptôme fébrile, et, après l'intervalle de repos, revient avec des frissons qui ramènent un autre accès, lequel se termine comme le premier. Sous ce chef sont comprises les intermittentes régulières, soit quotidiennes, soit tierces, soit quartes. Une fièvre rémittente est supposée avoir des rémissions et des exacerbations très-distinctes et évidentes dans certains cas ; mais dans d'autres, il y a seulement mitigation des symptômes, et la fièvre persiste jusqu'à ce qu'un nouvel accès survienne sans frissons (2). Ces fièvres sont les fièvres prédominantes de tous les climats chauds, et elles ne diffèrent des intermittentes qu'en ce que les intermissions sont moins distinctes, et que les redoublements ne sont pas précédés de frissons. Sous ce chef sont comprises toutes espèces de fièvres tierces, quelque irrégulières qu'elles soient. Une fièvre continue est supposée suivre son cours sans aucune rémission sensible, et, en ce sens, elle peut être considérée comme un seul accès, qui dure jusqu'à ce que la maladie se termine par la guérison ou par la mort. Mais, dans les fièvres les plus continues que j'ai rencontrées, bien qu'il ne s'y soit pas manifesté de rémissions sensibles, j'y ai toujours observé quelques relâches et exacerbations, et, en général, toutes les fièvres s'aggravent vers la nuit, de sorte que nous pouvons conclure avec sûreté qu'il est dans la nature de toute fièvre d'avoir des rémissions, à moins qu'elle ne soit accompagnée d'une inflammation locale. Dans les climats chauds, du moins, les fréquents changements des fièvres rémittentes, intermittentes et continues les unes dans les autres montrent qu'elles sont de même nature, et, dans mon opinion, ce qui les fait intermittentes, rémittentes ou continues, est purement accidentel ; car cela dépend de la constitution de l'individu, du lieu de sa résidence, et particulièrement de l'état de l'atmosphère. Ainsi, nous observons communément qu'une fièvre qui éclate, l'atmosphère étant brûlante et sèche, prend une forme continue ; quand l'air est humide et suffoquant, et surtout quand il est rempli par des exhalaisons du sol, elle prend la forme d'une rémittente putride ; et, quand la température se modère et que l'air se purifie, la fièvre ne diffère en rien d'une fièvre intermittente régulière (Ouv. cité, p. 117 et suiv.). »

M. Maillot (sans connaissance, je crois, du livre de Clark) arrive identiquement aux mêmes conclusions : « Les fièvres pseudo-continues, dès le début, simulent tout à fait une affection réellement continue. Livrées à elles-mêmes ou traitées par les antiphlogistiques seulement ; tantôt après quelques jours de durée, elles deviennent nettement rémittentes ou intermittentes ; tantôt elles deviennent typhoïdes, et c'est à cette fatale dégénérescence qu'il faut rapporter tout ce qu'on a écrit sur les fièvres putrides, nerveuses, malignes, pestilentielles des pays chauds et marécageux ; tantôt enfin elles révèlent leur nature par l'explosion subite d'accidents que nous savons appartenir exclusivement aux fièvres intermittentes pernicieuses ; c'est-à-dire que le coma, le délire, etc., arrivent tout d'un coup à un haut degré, et non graduellement comme dans les affections continues, c'est-à-dire encore que ces mêmes accidents, combattus par les mêmes moyens que dans les cas pernicieux, disparaissent aussi vite que dans ces derniers.... Les fièvres intermittentes peuvent, dans les climats les plus tempérés aussi bien que dans les pays chauds, affecter, dès le début, une marche continue. J'insiste sur ce point, parce que je crois qu'on ne lui accorde pas généralement assez d'importance. En somme donc, les fièvres intermittentes, rémittentes et pseudo-continues sont trois degrés divers de la même affection ; et celles-ci sont des fièvres intermittentes dans lesquelles l'intermittence et la rémittence sont entièrement masquées par la continuité accidentelle, et à un degré élevé de la réaction circulatoire (Ouv. cité, p. 227 et suiv.). »

C'est donc avec un très-juste sentiment d'une distinction réelle et fondamentale que M. Maillot a donné le nom de *pseudo-continues* aux fièvres continues des pays chauds.

M. Roux, on l'a vu plus haut, fait une même caté-

(1) Ceci est une confusion évidente des fièvres des pays chauds avec celles des autres pays.

(2) M. W. Twining a remarqué avec toute raison que, si les fièvres rémittentes pouvaient naître en automne dans toutes les contrées où il y a des marais ou des bois épais et fourrés, il existe de grandes différences entre elles ; que la description des fièvres rémittentes des Pays-Bas donnée par Pringle n'est pas semblable à celle de la fièvre de Walcheren ; que ces deux fièvres ne ressemblent pas aux fièvres rémittentes observées par sir William Burdett sur la flotte de la *Méditerranée* ; que les fièvres rémittentes automnales de la *Caroline du Sud* et des contrées des États-Unis où l'on cultive le *riz*, et qui sont plus ou moins sujettes à des inondations annuelles ou à d'abondantes pluies périodiques, diffèrent, à quelques égards, des rémittentes du Bengal ; que néanmoins, malgré la différence que présentent souvent quelques symptômes particuliers, il y a une ressemblance générale dans le caractère, la marche et la terminaison de ces fièvres. (Ouvr. cité, t. II, p. 288).

Digitized by Google

-gorie des fièvres intermittentes, rémittentes et continues. (Ouv. cité.)

Enfin Bailly a soutenu la même doctrine : « J'ai déjà indiqué, dit-il, p. 624, qu'à Rome, les médecins qui sont appelés à consulter sur une maladie, pendant l'été, n'agitent que cette question : Est-ce ou non une fièvre à quinquina ? Si l'intermittence constituait à elle seule le fond de la maladie, l'expérience n'aurait jamais donné aux médecins qui pratiquent dans les lieux marécageux l'idée qu'une maladie dont les symptômes sont continus peut cependant avoir le fond des fièvres à quinquina ; car j'aimerais mieux employer cette dernière dénomination, qui exprime mieux le phénomène physiologique constitutif de la maladie, que d'appeler intermittente une affection qui peut ne pas l'être.»

M. Bartels (Ouv. cité, t. II, p. 667 et 668, dit : «Le vrai causus était jusqu'alors une énigme inexplicable dans la pathologie, parce qu'à l'intensité énorme et au caractère inflammatoire, il joignait la périodicité, et formait ainsi le contraste le plus tranché avec les fièvres continues. Pour nous, il a maintenant perdu tout ce qu'il avait d'énigmatique ; car nous avons poursuivi les fièvres continues et périodiques à travers les replis et les détours les plus différents. Le causus se caractérise non-seulement par ses symptômes, dont les plus constants sont une soif inextinguible et une chaleur énorme occupant tout le corps et surtout les parties supérieures et internes, mais encore par sa marche, qui est celle d'une fièvre rémittente tierce... A ma connaissance, le vrai causus n'existe absolument pas en Allemagne ; et, quoique Van Swieten paraisse croire l'avoir observé, cependant il est probable qu'il s'est trompé. Des fièvres ardentes, aussi bien continues que périodiques, se sont aussi présentées souvent à moi, mais jamais un causus d'Hippocrate. Il est attaché, sinon à nos contrées particulières du moins à un certain climat qui doit être plus chaud que le nôtre et en même temps variable. » M. Bartels a mis ici le doigt sur une distinction réelle et importante entre les fièvres des pays chauds et celles des pays froids ou tempérés qui sont placés à l'abri de l'action des eaux stagnantes. Seulement il ne l'a pas exprimée d'une manière assez générale. En effet, toute fièvre des pays chauds, et par conséquent le causus, peut cesser d'être rémittente et devenir continue. Nos fièvres continues, au contraire, ne possèdent pas cette propriété. De sorte que la différence radicale entre nos fièvres continues et celles des pays chauds, c'est, comme je l'ai dit plus haut, la possibilité d'un échange entre l'intermittence, la rémittence et la continuité. Ce caractère qui est indépendant du détail des symptômes, est le plus général et le plus profond.

Là demeure établi que parmi les fièvres continues (j'exclus toujours les fièvres exanthématiques), il y a deux sortes de fièvres très-distinctes : les unes ce sont celles qui surtout prévalent dans les pays chauds, ont la même racine que les fièvres intermittentes ; les autres dans l'état du moins de nos connaissances, en sont indépendantes. Tout ce qui est relatif à la marche et aux principaux symptômes a été signalé dans les pages précédentes ; je n'y ajouterai qu'une seule remarque qui m'a frappé, c'est que, tandis que la grande fièvre endémique dans notre climat (la fièvre typhoïde) a une manifestation si spéciale du côté de la membrane muqueuse des intestins, les fièvres des pays chauds ont une tendance à produire des manifestations du côté des hypochondres. Ce dernier résultat m'a été donné par les observations d'Hippocrate. M. Gerhard, de Philadelphie, a tiré de son expérience personnelle la même conclusion. « C'est, dit-il en parlant des fièvres de son pays, dans l'estomac, le foie, et la rate qu'il faut chercher la lésion anatomique de nos fièvres rémittentes et intermittentes de mauvais caractère. (Mémoire cité, l'*Expérience*, tome 1, p. 241). »

Je ne sais jusqu'à quel point la domination de la fièvre typhoïde va en s'affaiblissant à mesure qu'on s'avance vers les régions équatoriales, et c'est une question de géographie médicale pour laquelle on ne possède, pour ainsi dire, aucun élément de solution. Toujours est-il que l'empire des fièvres rémittentes et continues suit, en général, une progression décroissante de l'équateur vers les contrées froides. Sans doute, des marais étendus, des inondations périodiques, des pluies annuelles abondantes, des étés particulièrement chauds, et enfin des causes inconnues produisent dans certaines localités, froides ou tempérées, des fièvres rémittentes et même continues, lesquelles peuvent prendre une grande intensité. Mais il est constant que ce qui est accidentel dans les pays froids ou tempérés, devient permanent dans les pays chauds. Ainsi, en laissant de côté ce qui est accidentel, et en marchant vers le Midi, on voit des fièvres intermittentes, rémittentes et pseudo-continues grandir démesurément et imprimer à la pathologie un cachet tout spécial. La connaissance de ces fièvres, si elle est importante dans l'ensemble de la pyrétologie, est indispensable dans la pyrétologie d'Hippocrate et j'ajouterai sans hésitation, dans celles de tous les anciens médecins grecs.

Par une circonstance particulière les *Épidémies* ont l'intérêt actuel, l'utilité présente, qui peuvent s'attacher à un livre moderne. Elles se rapportent, en effet, à un sujet encore peu connu, encore incomplétement étudié (les fièvres des pays chauds), sur lequel elles fournissent de précieux renseignements. Il se trouve de nos jours que les principales

Digitized by Google

écoles de médecine ont leur siége dans des régions tempérées et même froides ; il s'est trouvé, au contraire, dans les temps anciens, que les principales écoles avaient leur siége dans des régions beaucoup plus chaudes. De cette différence de position, il est résulté que la pyrétologie des pays chauds, qui n'est entrée dans l'enseignement des premières que d'une manière incomplète et par le fait des médecins voyageurs, a constitué le fond même de l'enseignement des secondes. Le livre d'Hippocrate conservera toujours un haut rang dans la littérature médicale, à cause de l'esprit supérieur avec lequel cet écrivain observe et décrit; mais la pénurie des modernes sur ce sujet en fait, de plus, un livre immédiatement utile à tous ceux qui ont à pratiquer la médecine dans les pays chauds. Les *Épidémies* doivent encore être comptées au nombre des ouvrages où l'on peut le mieux se familiariser avec la marche, les principaux accidents et le pronostic de ces fièvres si fréquentes, et souvent si rapides et si dangereuses.

GAZETTE MÉDICALE. — Février 1840.

Sur l'origine du cancer des veines et sur la possibilité de transmettre le carcinôme de l'homme aux animaux ; par le docteur LANGENBECK, à Gœttingue.

L'auteur a été conduit par des recherches microscopiques faites sur des tissus malades à reconnaître que le siége des carcinômes existe très-souvent dans le système veineux, sans cependant admettre l'opinion de Cruveilhier, qui, comme on sait, regarde le carcinôme comme se développant primitivement et constamment dans les veines. Cependant, l'auteur est parvenu à constater, dans deux cancers de l'utérus, suivis de carcinôme dans les poumons, que les veines pulmonaires renfermaient dans l'intérieur de leur cavité, soit libre, soit adhérente à leurs parois, de la matière carcinômateuse reconnaissable à l'aide du microscope, par sa forme celluleuse propre. Les molécules de matière cancéreuse, charriés dans le torrent de la circulation veineuse, peuvent s'arrêter sur un point quelconque de ce système, se développer et prendre de l'accroissement; de même que tout autre molécule organique qui augmente de volume sous forme celluleuse, comme cela a été tant de fois vérifié par les physiologistes, tels que Schleiden, Schwann et Muller, qui ont fait des observations sur les êtres celluleux tant végétaux qu'animaux.

Les éléments du cancer peuvent se trouver dans le torrent de la circulation, de trois manières différentes ; ou bien ils s'engendrent dans le sang, sont charriés avec lui et s'arrêtent à un point quelconque du tissu cellulaire, pour se développer et prendre de l'accroissement, ou bien un cancer se forme dans un tissu solide quelconque, et une partie du fluide dont il est imprégné se trouve absorbé par des veines ou des lymphatiques, et entraîné dans le sang, où il peut donner lieu à la formation de nouveaux cancers ; ou, enfin, des cancers déjà ulcérés peuvent corroder les veines et les lymphatiques, rendre leur cavité béante et permettre l'introduction de parcelles ou de cellules cancéreuses, qui sont autant de germes de nouveaux cancers.

L'auteur n'a pas encore pu démontrer expérimentalement la formation primitive des cellules cancéreuses dans le sang; mais d'après ses recherches microscopiques faites sur le sang d'individus déjà affectés de cancer, il en admet la possibilité, ainsi qu'il le fera connaître plus tard.

Quant à la seconde et la troisième explication, elle peut être admise, en ce qu'on trouve la face interne des parois des veines rugueuse par de la matière cancéreuse, lorsque ces veines ont leurs racines dans un organe affecté de cancer; c'est ainsi que la maladie se développe dans les veines du foie, si le mal primitif a son siége aux extrémités de la veine porte, et qu'il s'observe dans les veines du poumon, lorsque l'affection primitive est en rapport avec les deux veines caves. Dans deux observations de cancer de l'utérus, l'auteur a vu dans les veines du bassin la matière cancéreuse de Cruveilhier, sous forme de petits grains et cellules de fibre coagulée, ayant le double du volume des globules du pus. La plus grande partie de la masse contenue dans les veines formaient des petits grains oblongs, transparents, et ayant la moitié du volume des globules de sang, et en tout semblables aux petits grains qu'on observe dans les cellules carcinomateuses, de manière qu'on ne pouvait les prendre que pour le contenu des cellules cancéreuses rompues. Les veines iliaques et cave-inférieure, ainsi que le cœur droit, étaient médiocrement distendus par du sang fluide; dans ce sang, on trouva çà et là, à l'aide du microscope, quelques cellules renfermant des noyaux d'une couleur jaune apparente, et beaucoup de ces petites granulations semblables à celles trouvées dans les veines du bassin ; on rencontra les mêmes particularités dans le sang du cœur droit, dans l'artère pulmonaire et dans les capillaires du poumon; mais, dans ces derniers vaisseaux, les grains carcinomateux étaient plus nombreux et plus adhérents aux parois ; dans le parenchyme du poumon lui-même, on trouva de nouveaux foyers cancéreux. A cette occasion, l'auteur fait un singulier rapprochement, en disant que les germes ou cellules cancéreuses transportées dans un autre organe s'y développent en cancer volumineux, comme le germe ou l'ovule de l'ovaire transporté dans l'utérus se forme en fœ-

Digitized by Google

tus. Il envisage donc les cellules du cancer comme des véritables êtres organisés qui ne demandent qu'à être fixés dans une place convenable pour se développer et se multiplier; sous ce rapport, l'auteur ne fait donc que répéter l'opinion de ceux qui ont nommé les cancers des tissus parasites.

M. Langenbeck a renouvelé, à plusieurs reprises, sur des chiens et des lapins, des expériences de M. Alibert, pour savoir s'il ne serait pas possible de transporter quelques cellules carcinomateuses dans le torrent circulatoire de ces animaux et d'y faire développer le cancer : il échoua d'abord parce qu'il s'était servi de sanie écoulée d'ulcères cancéreux, mais dans laquelle les cellules cancéreuses n'étaient plus dans leur état d'intégrité; il résolut donc de prendre des cellules fraîches de cancers récemment extirpés sur des individus vivants et de les introduire dans des veines d'animaux, quelque différente que soit l'organisation de ceux-ci d'avec celle de l'homme. Plusieurs lapins, sur lesquels furent faites les expériences, en injectant de la matière dans les jugulaires, moururent au bout de 12 à 24 jours, avec tous les symptômes de suffocation, parce que la matière cancéreuse avait probablement obstrué les vaisseaux capillaires du poumon; mais une autre expérience, pratiquée sur un chien, eut un résultat des plus remarquables.

Obs. — On fit, le 8 juin 1839, sur un chien fort, âgé de 2 ans, en présence de plusieurs personnes, l'ouverture de l'artère fémorale gauche et on retira environ 240 grammes de sang, qu'on débarrassa de sa fibrine en le battant, et l'on y mêla ensuite environ 15 grammes de suc cancéreux blanchâtre, pris sur une tumeur encore toute chaude, qui avait été enlevée deux heures auparavant, en désarticulant l'humérus. Ce sang fut ensuite injecté dans la veine fémorale gauche; immédiatement après l'animal respira avec difficulté, mais il se remit bientôt. Pendant deux jours, le chien parut malade et eut la fièvre; la respiration était libre et l'animal était en apparence rétabli au bout de huit jours; plus tard, il maigrit considérablement, malgré une grande voracité. Le 10 août on le tua en lui coupant la moelle allongée et on le disséqua en présence de ceux qui avaient assisté à l'expérience. En ouvrant le thorax, les deux poumons paraissaient sains; cependant à la face antérieure des deux poumons on remarqua deux ou trois petites saillies lenticulaires, qui ressemblaient en tout aux carcinômes récents du poumon humain et dont la texture fut vérifiée au microscope; on trouva aussi dans l'intérieur du poumon gauche un noyau tuberculeux du volume d'une fève, de nature cancéreuse, en ce que les cellules qui ont été trouvées et observées au microscope étaient identiques avec celles prises dans la tumeur de l'humérus désarticulé.

Quoique nous ne soyons pas très-disposés à conclure avec l'auteur qu'il y eût identité entre les tubercules trouvés dans le tissu du poumon du chien sur lequel il a fait son expérience et la structure du cancer, nous ne voulons pas révoquer en doute la possibilité de la transmission du carcinôme de l'homme sur les animaux. Nous attendons avec impatience la solution de ce problème des nouvelles expériences que M. Langenbeck nous promet.

Gaz. médicale. — Janvier 1840.

De quelques particularités dans la forme, la nature et le traitement de l'hydrocèle et de l'hématocèle; par J. Moulinié, Chirurgien en chef de l'hôpital, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, etc., etc.

On est trop enclin, dans l'exercice de la chirurgie, à considérer l'hydrocèle sous un point de vue physique. Il y a du trop plein, on évacue; il y a un amas de liquide dans un espace, on efface cet espace et l'on remédie ainsi physiquement à une lésion en apparence physique; il y avait tumeur, on la fait disparaître. On croit ainsi avoir rempli la plus sage indication.

D'autres vues doivent diriger le chirurgien en ce qui a trait à l'hydrocèle : il est essentiel qu'il médite sur le mécanisme de la formation de la maladie, sur les phénomènes physiologiques intervertis qui la constituent et l'entretiennent. Est-ce guérir un organe que de l'enlever? Eh bien! on détruit la membrane vaginale pour guérir l'hydrocèle; c'est comme si l'on enlevait l'organe malade.

On ne saurait assez approfondir l'étude des propriétés vitales qui régissent la tunique vaginale, dans l'étude de l'hydrocèle; c'est la voie qui mènera à la connaissance du caractère réel de l'affection. On pourra ainsi parvenir à spécifier les grandes distinctions qui existent dans cette maladie, ce qui deviendra d'une haute importance dans le traitement. Lorsque une irritation incessante produit une exhalation dans la cavité séreuse, n'y a-t-il pas indication formelle à rabaisser l'action physiologique pour la ramener à l'état normal? Ne serait-il pas alors irrationnel d'effacer une cavité en suscitant une irritation plus forte? Lorsqu'une atonie extrême occasionne du trop plein, faut-il d'emblée encore se déterminer à faire disparaître l'espace où s'opère l'amas du liquide? N'est-il pas plus médical d'agir sur les propriétés vitales pour rehausser leur énergie? Si par des tempérants propres à modifier l'irritation, dans un cas, on y parvient; si, par des toniques, des stimulants, dans l'autre cas, on réussit,

Digitized by Google

n'a-t-on pas lieu de se féliciter d'avoir suivi des inspirations pratiques qui ont amené un si beau résultat physiologique? Qu'on ne pense pas qu'il ne s'agisse que d'une futile préférence dans un mode de curation. Il en est tout autrement pour le malade de guérir, conservant la cavité vaginale intacte, ou de guérir ayant cette cavité effacée. Dans la première hypothèse, le jeu du testicule est libre, les fontions sont intègres; dans la seconde, il y a une adhérence qui nuit extrêmement aux fonctions de cet organe. On ne saurait attacher assez de prix à la conservation de la cavité vaginale, et assez d'importance aux moyens qui peuvent la faire obtenir.

Hydrocèle du dartos.—Ce n'est que pour ne pas laisser une lacune que je fais mention de l'hydrocèle du dartos. Cette affection n'a que peu d'analogie avec l'hydrocèle de la tunique vaginale; son mécanisme est tout autre, elle ne constitue pas une lésion locale, limitée à un point exclusif, susceptible de disparaître sous l'influence de modificateurs locaux. Symptôme ordinaire d'une maladie grave qui sévit sur quelque organe éloigné, elle ne peut céder ou guérir qu'autant que l'affection dont elle est la conséquence s'amende ou se dissipe elle-même. C'est moins pour parler de l'hydrocèle du dartos que pour signaler et faire ressortir les caractères distinctifs de l'hydrocèle de la membrane vaginale que je présente ici quelques considérations sur cette maladie.

C'est une tuméfaction considérable des enveloppes des testicules qui caractérise cette sorte d'hydrocèle. Rarement cette tuméfaction est limitée à l'un des côtés; elle envahit l'ensemble des parties, elle s'étend même insensiblement au delà, se propageant sur tous les tissus d'alentour. La sérosité s'infiltre et s'épanche dans le tissu cellulaire abondant qui constitue le dartos. Le scrotum se distend, ses rides s'effacent, il devient luisant, il s'amincit, il s'enflamme, il se perfore, et même il se gangrène. Le malade languit, souffre, et très-souvent finit par succomber. Est-ce donc une affection grave que l'hydrocèle du dartos? Nullement : ce n'est qu'un symptôme d'une maladie éloignée des organes génitaux. On voit bien des infiltrations qui dépendent d'une excitation locale, de l'application de certaines substances stimulantes sur le scrotum; mais c'est alors un phénomène de peu d'importance, qui se dissipe par quelques adoucissants, par l'écart de la cause déterminante, si son action est continue.

Presque toujours l'hydrocèle du dartos tient à une altération d'un ordre élevé. Qu'on interroge les divers organes, on trouvera quelque part du désordre. Le cœur, le péricarde, les poumons, le foie, l'estomac, ou tout autre viscère est le siége d'une de ces lésions qu'on nomme *organiques*. Mais, est-ce parce qu'il y a lésion dans la texture de quelques organes, parce que ses fibres constitutives sont trop fortes ou trop faibles, que sa nature est pervertie d'une manière quelconque, qu'il se forme dans les bourses un épanchement sereux? Ce serait inexplicable de cette manière; on doit voir ce phénomène provenir de toute autre cause. Il y a un organe malade, il y a souffrance, les fonctions s'exécutent mal, l'économie animale languit. Le sang s'appauvrit, il se défibrine, perd sa coagulabilité. Le sérum n'étant plus lié à la matière plastique, ne peut plus couler dans les vaisseaux, il stagne, il s'accumule dans quelques parties, dans celles où le tissu cellulaire est le plus lâche, le dartos est de ces parties, il s'engorge : voilà l'hydrocèle établie. Mais l'infiltration ne se borne pas là; le pénis se tuméfie, les membres enflent; on voit une hydropisie générale du tissu cellulaire; c'est l'anasarque, la leucophlegmatie.

On chercherait en vain par des ressources chirurgicales à guérir l'hydrocèle du dartos. Les piqûres, les mouchetures laissent écouler un peu de sérosité, mais bientôt elle est remplacée, parce que le mal n'est pas local, et que la cause est sans cesse agissante, la situation des malades est alors déplorable! la tumeur séreuse devient énorme, le scrotum distendu outre mesure se perfore; la cohésion de ses tissus étant détruite, il tombe en mortification; il survient des eschares gangréneuses; les testicules se voient à nu, dépouillés de leur enveloppe. Je citerais cent faits à l'appui de cette description, que je ne ferais que tronquer le nombre de ceux que j'ai vus. Pierre Dubos peut servir d'exemple. Agé de soixante ans, il avait été atteint de fièvres et traité avant que d'entrer dans la salle de chirurgie de l'hôpital. Il arriva, le 17 août, avec une tuméfaction considérable des bourses. On croit que c'est là son véritable mal, que la fièvre qu'il a eue n'en était que le prodrome. Nous déployons les ressources banales, le nitrate de potasse, la scille, tous les hydragogues; c'est en vain : l'infiltration augmente, le scrotum devient livide, se sphacèle, le pouls se concentre, la face s'hippocratise, le malade meurt.

Répudions en chirurgie une telle maladie. L'hydrocèle du dartos doit rester dans le domaine de la médecine interne. Il arrive trop souvent dans les hôpitaux que les médecins en gratifient les chirurgiens lorsqu'ils ont épuisé leurs ressources pharmaceutiques. En désespoir de cause ils abandonnent les maladies aux secours, impuissants en pareils cas, de la médecine opératoire.

Hydrocèles congéniales.— Outre les caractères communs, l'hydrocèle congéniale en a un qui lui est propre, et qui sert principalement à fixer le diagnostic : c'est la disparition de la tumeur par la pression et sa réapparition alternatives, la sérosité étant refoulée dans l'abdomen et revenant ensuite. Pour parvenir à opérer ce reflux, il faut observer

Digitized by Google

certains principes : l'ouverture de communication (entre la tunique vaginale et le péritoine) est quelquefois tellement étroite que le liquide ne rentre en quelque sorte que goutte à goutte ; il faut agir d'une manière continue, avec persévérance, et se garder d'exercer la moindre compression à la partie supérieure de la tumeur, car on rapprocherait les parois du petit canal et la rentrée de la sérosité serait impossible. Alors on méconnaitrait l'hydrocèle congéniale, et l'on établirait un faux diagnostic, en supposant l'existence d'un kyste ou de toute autre affection. Il est très-important de connaître la difficulté qui se présente à la répulsion de la sérosité dans l'abdomen, pour être en garde contre la croyance que l'oblitération est complète dans le conduit péritonéo-vaginal, car dans cette croyance on pourrait se déterminer à employer des liquides excitants pour combattre l'hydrocèle, et alors ces liquides, parvenant dans l'abdomen, occasionneraient des accidents mortels. L'hydrocèle congéniale est plutôt une disposition propre à l'enfance qu'une maladie réelle. Il y a lenteur dans l'opération de la nature qui produit l'oblitération du conduit péritonéal. Qu'on attende quelque temps, on voit la sérosité se porter de moins en moins dans la poche testiculaire, et enfin cesser complétement d'y parvenir. A-t-on exercé quelque manœuvre? on lui attribue la guérison, pendant que cette guérison est l'œuvre de la nature, qui veut que les choses soient ce qu'elles doivent être. Qu'on ne se hâte de tourmenter des êtres délicats par des applications intempestives de brayers, d'après les préceptes de Viguerie ; que surtout on n'imite pas la conduite de Desault, en injectant du vin chaud dans la portion du péritoine qui doit constituer la tunique vaginale. Cette opération est téméraire et dangereuse : car, ou bien le liquide entre dans l'abdomen, enflamme le péritoine et compromet l'existence de l'enfant, ou bien il borne ses effets à la portion destinée à former la tunique vaginale, qui adhère à elle-même, de sorte que le sujet est à jamais privé d'une membrane si utile aux mouvements du testicule. Je ne parlerai pas d'une multitude de faits qui se sont offerts à ma clinique de l'hôpital, relatifs à des enfants en bas âge, ayant des hydrocèles congéniales. « *Emportez votre enfant ; attendez que la nature agisse ; si, lorsqu'il sera grand, cette affection persiste, on lui appliquera un bandage ; alors on le guérira.* » Voilà ce que je disais aux personnes qui présentaient les enfants; ils ne reparaissaient plus. Sans doute que bientôt ils étaient guéris par l'œuvre de la nature.

Toutefois on voit cette disposition s'entretenir, persister, on la voit même se déclarer longtemps après la naissance, de sorte qu'alors l'épithète de congéniale paraît impropre. Mais c'est absolument le même genre d'affection, quel que soit l'âge du sujet. Dans ce cas, il faut recourir au remède le plus convenable ; c'est la compression exercée d'une manière quelconque, et le brayer de Viguerie alors peut convenir.

Mais qu'on y fasse attention, on agirait en vain contre l'hydrocèle congéniale, si l'époque où l'on doit la combattre n'est pas arrivée ; et cette époque serait celle où le testicule n'aurait pas encore franchi l'anneau inguinal, y serait arrêté, ou que, l'ayant franchi, il aurait une tendance continuelle à y rentrer.

Hydrocèle congéniale, avec absence du testicule. — Etienne Clavelle, âgé de quinze ans, de Macau, entra à l'hôpital le 25 juillet avec une tumeur dans le scrotum, molle, élastique, non pédiculée, demi-transparente, disparaissant complétement par la pression, offrant enfin tous les caractères de l'hydrocèle congéniale. Ce jeune homme n'avait pas remarqué l'origine de cette affection ; seulement, il s'était aperçu que le testicule descendait parfois dans les bourses, puis rentrait dans l'abdomen ; mais que le plus ordinairement il demeurait placé dans cette cavité. Il était évident que chez ce malade la tunique vaginale n'était pas formée, n'était pas distincte du péritoine, et qu'ainsi la glande spermatique pouvait sortir et rentrer alternativement par l'anneau inguinal. Quelle indication y avait-il à remplir dans ce cas? Saisir le testicule, le retenir de force, comprimer au-dessus, près de l'anneau pour produire avec violence une adhésion? tout cela était à la rigueur possible ; mais il fallait épier la chute de l'organe ; or, il était rappelé à sa place par la rétraction musculaire. En théorie, on devait agir ; mais je crus que la pratique devait être prudente, et qu'il fallait attendre que le testicule eût établi librement son domicile hors de la cavité abdominale pour traiter alors l'hydrocèle si elle persistait. Le malade dut sortir de l'hôpital pour attendre cette condition favorable.

Hydrocèle congéniale avec présence du testicule. — C'est dans de telles dispositions que se trouvait Paul Dupuy, âgé de onze ans, entré à l'hôpital le 25 janvier. Je transcris littéralement ce qui a été écrit sur le cahier de clinique, d'après les considérations que je présentai : « Peut-on nommer hydrocèle congéniale celle qui survient longtemps après la naissance, à l'âge de onze ans, par la descente des testicules? C'est ce qui a lieu dans ce cas. Une grosse tumeur élastique, qui a été prise pour une hernie, se remarque au scrotum ; mais il n'y a pas de pédicule ; nous jugeons que c'est une hydrocèle. La pression ne fait pas disparaître immédiatement la tumeur ; mais en la prolongeant très-longtemps, et en serrant graduellement, la sérosité rentre par une petite ouverture, peut-être goutte à goutte, et la tumeur disparaît. Un bandage com-

Digitized by Google

pressif est conseillé, et le malade sort de l'hôpital en voie de guérison.

Voilà une note laconique qui renferme les vrais principes à suivre dans ces sortes d'hydrocèles. Ces principes sont de n'exercer la compression que lorsque le testicule a pris une position définitive.

Hydrocèle congéniale simulant une hydrocèle enkystée. — Il est si rare de voir dans le jeune âge des collections séreuses des bourses, sans communication évidente avec l'abdomen, qu'il est naturel de penser à la possibilité de l'existence d'un kyste, pour peu que la forme, la situation élevée de la tumeur, tendent à faire établir ce diagnostic. D'ailleurs il est constant que les cliniciens ont leurs bons et leurs mauvais jours, que toujours ils ne portent pas un coup d'œil également juste. On a vu la preuve de ce fait sur Jean Daban, âgé de dix ans, entré à l'hôpital le 10 juillet. Il offrait une tumeur à la partie la plus élevée du scrotum, qui fut diagnostiquée *hydrocèle enkystée.*

Je pratiquai une ponction avec un bistouri; il s'écoula plusieurs onces de liquide séreux. La petite plaie se cicatrisa, et il survint une légère inflammation; mais bientôt la tumeur se rétablit dans ses dimensions primitives. La compression longtemps exercée en diminuait le volume. J'eus la conviction que, par une ouverture fort étroite, la sérosité provenait de l'abdomen. Je me déterminai, le 20 août, à pratiquer une incision. Il survint de l'inflammation, de la suppuration; il fallut recourir aux antiphlogistiques. Les accidents diminuèrent et le malade guérit; mais je ne me félicitai nullement du système que j'avais suivi en suscitant, à l'imitation de Desault, quoique par un autre moyen, une inflammation dans la tunique vaginale, communiquant encore avec le péritoine.

Hydrocèle congéniale sans communication dans l'abdomen. — Le caractère essentiel de l'hydrocèle congéniale, c'est la disparition et le retour alternatifs de la tumeur, selon qu'on la comprime ou qu'on cesse de la comprimer. Le canal de communication n'étant pas oblitéré, la sérosité est refoulée de la tunique vaginale et rentre dans le péritoine; puis, toute compression étant suspendue, le liquide redescend au lieu qu'il occupait. Cependant il peut se faire que le conduit péritonéo-vaginal s'oblitère complétement, et que la sérosité reste accumulée dans la tunique testiculaire. Alors, bien que l'hydrocèle soit réellement congéniale, il n'y a plus de retour possible du fluide séreux dans la cavité de l'abdomen. On observe dans ces cas une tumeur élastique, rénitente, transparente, qui distend le scrotum; on songe à la possibilité d'une hernie, mais il y a des symptômes négatifs de cette affection. Tel est par exemple le défaut de pédoncule. Le degré de rénitence fait reconnaître une tumeur formée par l'amas d'un liquide, absolument comme dans l'hydrocèle consécutive. Toutefois il arrive que les malades rapportent le développement de la tumeur à la naissance, ce qui fait penser qu'une hydrocèle congéniale, avec communication dans l'abdomen, existait primitivement, mais qu'ensuite la séparation s'étant formée entre le péritoine et la séreuse du testicule, cette dernière membrane est devenue exclusivement le siége de l'amas du liquide.

Voilà ce que j'ai plusieurs fois observé. On pourrait penser que l'examen n'a pas été scrupuleux, qu'il y avait une voie de retour que l'aplatissement résultant de la compression rendait illusoire. Je peux affirmer qu'aucune investigation n'a été omise, que cependant le liquide ne pouvait nullement rentrer dans l'abdomen, ce qui m'a porté à conclure qu'une hydrocèle d'origine congéniale pouvait perdre toute communication avec le péritoine, et prendre le caractère d'hydrocèle accidentelle. On se demandera raisonnablement si dans ce cas il y a défaut d'équilibre entre les absorbants et les exhalants, ou s'il y a simplement accumulation mécanique du fluide séreux. On serait tenté d'admettre cette dernière hypothèse, cependant elle est démentie par le retour de la tumeur après sa disparition à la suite de la ponction.

Arnaud Dubernat, âgé de sept ans, de Saint-Symphorien, portait, dès son bas âge, une tumeur au scrotum du volume d'une poire de moyenne grosseur; cette tumeur était élastique, rénitente, ne s'affaissait nullement par la compression; il n'y avait pas un pédicule volumineux qui caractérisât une hernie: ce ne pouvait être qu'une poche renfermant un liquide, en un mot une hydrocèle.

Puisque cette affection remontait à la naissance, il était raisonnable de reconnaître l'hydrocèle congéniale; cependant le fluide ne pouvait être repoussé dans l'abdomen.

Je considérai cette maladie comme réellement congéniale; mais je pensai que la communication entre la tunique vaginale et le péritoine n'existait plus, et qu'alors il y avait une hydrocèle réellement vaginale, mais ayant pris son origine à la naissance.

J'exécutai avec un bistouri une légère ponction, et j'introduisis dans l'ouverture la canule d'un trois quarts à hydrocèle. De la sérosité s'écoula; la tumeur disparut. Le père du malade émerveillé, s'écria: « *Tous nos médecins consultés n'ont su quoi penser!* » Le petit malade est demeuré quelque temps sous notre observation; il n'y a eu aucune apparence de récidive. L'hydrocèle a été guérie par la simple évacuation de la sérosité, ce qui prouve que la maladie ne résultait que d'une congestion, d'un trop plein; le type normal entre la force des vaisseaux exhalants et des vaisseaux lymphatiques existant pleinement.

Digitized by Google

J'ai pensé à la possibilité de tels phénomènes en voyant Laroza, garçon serrurier, âgé de treize ans, entré à l'hôpital le 28 mars, portant dès son bas âge une tumeur élastique dans les bourses, qui était évidemment une hydrocèle. Une seule circonstance pouvait mettre du vague dans le diagnostic; l'enfant avait reçu un coup à l'âge de huit ans, et c'était depuis lors que la tumeur avait pris plus de développement; mais elle préexistait à cet événement. Je pratiquai une ponction; mais, peu après, le liquide étant évacué, il s'en accumula de nouveau par exhalation. Quelques jours plus tard, une nouvelle ponction est faite; du vin blanc chaud est injecté, il survient un gonflement inflammatoire; mais la résolution s'opère, et le jeune malade se trouve guéri.

A un âge plus avancé, j'ai vu des tumeurs séreuses des bourses, que j'étais porté à considérer comme des hydrocèles primitivement congéniales. Le fait suivant était de nature à confirmer cette présomption.

Nicolas Lerouge, serrurier, âgé de vingt-trois ans, offrait au scrotum gauche deux tumeurs, l'une était évidemment formée par le testicule, l'autre élastique, contenant un fluide : cette dernière était antérieure à l'autre. Cette disposition existait dès le bas âge; elle remontait à la naissance. Il y avait certainement hydrocèle, et aucune circonstance occasionnelle ne semblait l'avoir produite. Si cette affection datait de la naissance, c'était bien l'hydrocèle congéniale et le canal de communication, rétréci, oblitéré, aurait laissé de la sérosité accumulée dans la tunique vaginale. On aura de la peine à admettre que du liquide séreux soit resté aussi longtemps en dépôt sans subir d'altération. Mais il est probable qu'il se renouvelle, et que néanmoins il y a toujours un excédant qui entretient la maladie. Une incision avec le bistouri fut pratiquée sur la tumeur; deux onces de liquide environ furent évacuées; une légère inflammation s'établit; la plaie se cicatrisa, et le malade sortit de l'hôpital paraissant guéri.

Hydrocèle congéniale, sans communication, guérie par injection d'eau. — Un jeune homme de treize ans, nommé Louis Labat, était entré à l'hôpital pour des douleurs articulaires. Ses organes génitaux offraient une disposition particulière qui existait depuis la naissance. Il croyait avoir deux testicules du côté gauche; mais un examen attentif me fit reconnaître une poche séreuse superposée au testicule. Cette affection pouvait n'être qu'un kyste séreux; mais comme le sujet affirmait l'avoir depuis sa naissance, je fus porté à croire que c'était une hydrocèle congéniale, sans communication avec le péritoine. La pression ne faisait point diminuer le volume de la tumeur, et, manifestement, elle contenait un liquide. Je pratiquai une ponction : il s'écoula de la sérosité, la tumeur se reforma de nouveau; une seconde ponction exécutée fut suivie d'une injection d'eau, pour modifier légèrement les propriétés vitales. Il n'y eut plus récidive de la tumeur, et le malade sortit de l'hôpital, offrant toutes les apparences de la guérison.

Hydrocèles accidentelles. — Lorsque la sérosité est accumulée dans la tunique vaginale depuis peu de temps, que le testicule est manifestement tuméfié, douloureux, qu'une violence a produit l'affection, que les malades sont jeunes et vigoureux, il est naturel de penser qu'il y a hydrocèle aiguë, c'est-à-dire par surexcitation. Qu'alors on combatte l'irritation, que l'on produise un écoulement du sang qui engorge les vaisseaux capillaires, la tumeur, la rougeur, la douleur, bientôt se dissipent, et, à l'aide de ce qu'on nomme les antiphlogistiques, l'hydrocèle se trouve guérie.

Hydrocèle aiguë. — Jean Lorit, serrurier, âgé de 27 ans, était entré à l'hôpital le 28 février. L'affection qu'il offre est désignée sur le cahier de clinique *hydro-orchite*, et on lit la note suivante : « Il y a manifestement de la sérosité dans la tunique vaginale et le testicule est très-tuméfié; mais ces deux symptômes sont dans la période d'acuité et on doit tout espérer des antiphlogistiques..... Sangsues réitérées, émollients locaux, suspensoir, bains, diète, boissons. L'hydrocèle est dissipée au 15 mars, le testicule diminue graduellement, la guérison est très-avancée. »

Delage, vacher, âgé de 24 ans, entré le 26 mai, présente une hydrocèle aiguë, compliquée d'orchite. Cette double affection n'existe que depuis un mois. Les antiphlogistiques sont mis en usage, aucune sorte d'opération n'est faite; le malade sort guéri le 3 juillet.

Mercados, cordonnier, âgé de 30 ans, entré à l'hôpital le 24 août avec une tumeur considérable au scrotum; elle a six pouces de longueur, le testicule a triplé de volume, il y a de la sérosité dans la tunique séreuse; mais la maladie est récente : elle s'est déclarée il y a environ vingt jours, à la suite d'une contusion. Il était facile de reconnaître l'hydrocèle aiguë avec l'orchite, sa compagne ordinaire. Je conseillai l'application constante de l'eau froide, le repos et la diète. Bientôt la sérosité accumulée fut résorbée et le testicule reprit graduellement son volume normal.

Hydrocèle aiguë guérie par ponction. — Si une irritation, de quelque nature qu'elle soit, sévit sur les testicules ou simplement sur l'épididyme, on voit la membrane séreuse exhaler une plus grande quantité de sérosité que dans l'état normal. Une atmosphère liquide, épaisse, environne bientôt la glande spermatique. L'irritation est-elle convenablement combattue, le testicule et l'épididyme revien-

Digitized by Google

nuit à des dimensions moindres, la résolution s'opère : c'est la guérison. Mais les vaisseaux exhalants de la tunique vaginale ont-ils déposé une quantité trop considérable de sérosité dans la cavité, en vain les vaisseaux absorbants fonctionnent : leurs antagonistes remplacent ce qui est absorbé. Ainsi il y a toujours du trop plein, et l'hydrocèle reste toujours permanente. C'est comme un kyste stationnaire qui renferme un liquide, comme un foyer cellulaire qui renferme du pus. La nature à elle seule ne se débarrasse pas de l'excédant ; l'art doit venir à son aide. Ce phénomène est surtout fréquent à la suite des orchites blennorrhagiques. Si alors on pratiquait l'opération de l'hydrocèle dans la vue d'effacer la cavité vaginale, on ferait une chose superflue ou funeste. Il faut se garder de commettre cette faute, mais on doit exécuter la simple évacuation du liquide par une ponction faite avec la pointe du bistouri. Il n'y a pas assez d'espace entre la tunique et le testicule pour qu'on puisse se permettre de plonger un trois-quarts, tandis qu'en enfonçant le bistouri avec prudence et le glissant sur la pulpe du doigt du milieu, *on peut s'arrêter dès qu'on cesse de sentir de la résistance*. On est alors dans l'espace liquide, et la *sérosité s'écoule* bientôt sur le plat de la lame de l'instrument.

M. le docteur Dubrueil, de Montpellier, assistant à une de mes visites à l'hôpital, je l'invitai à éclairer le diagnostic dans un cas d'orchite, où il paraissait douteux qu'il y eut de la sérosité dans la tunique vaginale. Il reconnut la présence du liquide. J'offris un bistouri à l'habile professeur ; il donna issue à la sérosité, et il ne s'en accumula plus de nouvelle.

Lacoste Dominique, âgé de trente ans, boulanger, entra à l'hôpital le 28 décembre avec un gonflement récent du testicule et de ses annexes. Il y avait évidemment de l'eau dans la membrane séreuse ; je fis une ponction avec un bistouri, l'hydrocèle a été guérie ; le testicule est seul demeuré engorgé pendant quelque temps, et graduellement il a diminué de volume.

Hydro-orchite chronique, avec dégénérescence des tissus. — Les organes génitaux passent par de telles épreuves, que leur texture, leur forme, deviennent méconnaissables chez certains malades, surtout lorsque des renseignements ne sont pas donnés sur la cause, l'origine, les progrès de la maladie. Une tumeur informe se présente comme une énigme à deviner. Le chirurgien le plus expérimenté hésite à porter un diagnostic, et il est de toute sagesse qu'il demeure quelquefois dans l'incertitude. Il faut avoir vu des affections génitales de tous les genres, pour pénétrer par le jugement dans la nature intime de quelques-unes qui ont des caractères fort ambigus.

Alexis Caillaud, de Ruffec, âgé de cinquante-six ans, dégraisseur d'habits, entré à l'hôpital le 9 juin, avec un développement considérable des enveloppes des testicules, s'était aperçu depuis neuf ans, d'un changement de forme et de volume dans ces parties. La masse morbide était dure, lisse, indolente ; l'inégalité de sa surface était apparente, il y avait un peu de rénitence et d'élasticité. La pensée première faisait entrevoir une hydrocèle ; mais du vague régnait dans le diagnostic. La tumeur n'était pas assez dessinée, assez élastique, enfin sa physionomie n'était pas tranchée, quelque chose de difficile à expliquer annonçait une complication. On ne sentait ni l'un ni l'autre testicule, ce qui prouvait qu'il y avait confusion entre ces organes et leurs annexes. A gauche était en haut une tumeur superposée, qui était évidemment une hernie, qu'on faisait disparaître par la pression. Dans cet état de choses, on eût pu faire une ponction exploratrice ; mais eût-elle été sans inconvénients? N'eût-elle pas pu atteindre des parties qu'on aurait dû ménager ?

Je crus devoir user de prudence. Le 12 juin je pratiquai une longue incision sur le scrotum, à gauche, et après avoir enlevé quelques feuillets membraniformes, en dédolant, je plongeai la pointe du bistouri dans la tumeur. Il s'écoula de la sanie roussâtre en abondance et la tumeur diminua de volume ; toutefois elle était encore considérable. Je reconnus que la tunique vaginale était très-épaisse et le testicule induré et développé. Je réséquai avec des ciseaux des portions considérables de cette tunique : tout ce qui était un excédant défavorable et qui pouvait s'opposer à l'adhésion nécessaire pour parvenir à la guérison. L'incision pratiquée, le fluide évacué, l'excision opérée, on put reconnaître l'état du testicule. Le gauche était volumineux, comme dans l'orchite, et par contre le droit était atrophié, avait presque disparu. Il était essentiel de conserver le testicule gauche, quoique induré et d'apparence squirrheuse. Aussi tous les soins furent-ils déployés pour amener une bonne issue. Il y eut du gonflement inflammatoire, il fut combattu. Des pansements réguliers étaient commandés par la suppuration qui est survenue. On a vu s'élever des bourgeons vasculo-cellulaires et la cicatrisation s'opérer parfaitement, de sorte que le malade sortit de l'hôpital le 21 juillet, tellement satisfait qu'il fut se présenter comme modèle de belle guérison à un de nos malades en ville, M. L..., qui avait subi, par plusieurs mains, des opérations infructueuses d'hydrocèle, et qui fut encouragé par ce malade à une opération nouvelle que je lui pratiquai et qui fut définitive.

Hydrocèle avec apparence d'orchite. — De Jonge, d'Amsterdam, âgé de quarante et un ans, avait reçu, deux ans auparavant, un coup de pied au testicule droit. Il entra à l'hôpital le 4 juin, offrant un

Digitized by Google

développement considérable du scrotum. Une tumeur oblongue, molle, se propageait de l'anneau inguinal à six pouces plus bas ; elle ressemblait parfaitement à celle qu'offrent les hernies par engouement. On eût dit de prime abord qu'il y avait communication entre le péritoine et la membrane séreuse qui entoure le testicule. Il était d'autant plus naturel d'admettre cette disposition, que, du côté opposé, le testicule était immédiatement appliqué contre l'anneau et semblait y être engagé.

Malgré cette apparence tout portait à penser qu'il y avait simplement hydrocèle de la tunique vaginale. Il était incertain si le testicule avait acquis du développement. Le malade assurait toutefois que depuis longtemps il l'avait volumineux et endurci. Néanmoins, considérant que la masse principale de la tumeur était formée par de la sérosité, j'adoptai la méthode opératoire par ponction et injection, et l'exécutai le 6 juin.

Le fluide était poussé en bas à l'aide d'une pression. Un petit trois-quarts fut enfoncé avec beaucoup de précaution dans la cavité séreuse. Le poinçon ôté, le fluide ne s'écoula pas par la canule ; mais, dès que je l'eus légèrement retirée, il sortit beaucoup de sérosité limpide. Il était évident que la canule était appliquée sur le testicule tuméfié, et que le contact empêchait l'issue du liquide vaginal. Lorsque ce liquide fut évacué, la poche séreuse fut remplie par une injection de vin blanc chaud. Ce vin resta longtemps dans cette membrane, afin qu'il suscitât une excitation suffisante. Le malade ne ressentit nullement les douleurs rénales qui surviennent ordinairement en pareil cas ; cependant, à trois fois, du vin fut injecté. On sait que la sensibilité varie chez les individus, et que, sans qu'il soit survenu de douleurs lombaires, l'effacement de la cavité vaginale s'opère néanmoins. Je donnai, après plus de quinze minutes de séjour, issue au vin injecté. Un gonflement du testicule est survenu, mais sans fièvre ni douleur. Au bout de dix jours, la tuméfaction a diminué ; la résolution s'est opérée. Tout faisait penser que l'inflammation adhésive s'était effectuée ; que la cavité vaginale était effacée, et que bien qu'il n'y eût pas eu de phénomènes inflammatoires tranchés, l'hydrocèle serait guérie à jamais.

Hydrocèle peu volumineuse opérée par incision et injection. — Lorsqu'une hydrocèle est très-considérable, elle frappe les sens, elle fixe spécialement l'attention, on la considère comme une affection d'une grave importance. Il doit en être tout autrement. C'est de la sérosité que renferme la poche séreuse ; le testicule est protégé par une atmosphère épaisse ; il est peu accessible aux instruments : rien de curieux alors dans l'affection ; peu d'inconvénients dans l'emploi des moyens opératoires. Je pourrais citer une multitude de faits à l'appui de cette vérité : que les hydrocèles d'un grand volume sont d'une importance secondaire sous le rapport de la gravité.

Quand l'hydrocèle est d'un fort petit volume, on conçoit aisément que si le testicule est tout près du scrotum, les vaisseaux spermatiques sont tout voisins. Plonge-t-on le trois-quarts, il va heurter contre des parties importantes. Agit-on avec le bistouri, on n'est pas à l'abri de tous les dangers. Une hydrocèle petite mérite donc une attention toute spéciale.

Lavigne, forgeron, âgé de 42 ans, entra à l'hôpital le 30 mars. Il présente, à droite du scrotum, une hydrocèle du volume d'un œuf ; la tuméfaction s'est développée depuis un mois ; il y a évidemment du liquide accumulé. Le 5 mars, je pratiquai une incision sur la tumeur, et, par une dissection lente et progressive, je parvins jusqu'au sac. Ouvert avec la pointe du bistouri, il donna issue à de la sérosité ; puis a jailli un caillot ressemblant à du blanc d'œuf, parsemé de filaments rouges. On eût dit une substance organisée. Deux injections de vin blanc tiède ont été faites dans la poche séreuse, et le malade a été pansé. Il est survenu un gonflement considérable ; le scrotum est devenu livide ; le sphacèle a été imminent ; il a fallu déployer les ressources thérapeutiques du ressort de la médecine pour conjurer de graves accidents.

Evidemment une maladie interne s'était sur-ajoutée à une affection externe et locale ; mais il n'est pas moins vrai que ce n'est pas le volume des hydrocèles qui en constitue la gravité. On peut guérir merveilleusement d'une hydrocèle à dimensions prodigieuses, et éprouver des accidents graves et même mortels dans une hydrocèle de petit volume.

Hydrocèle énorme, injection de vin blanc froid. — C'est une règle communément suivie que de chauffer le vin qu'on doit injecter, et de mettre sa température en rapport avec celle du corps. Cette méthode me paraît vicieuse, car plus le liquide introduit dans la tunique vaginale diffère de température avec elle, plus il agit comme modificateur. Il n'est pas superflu de signaler la nécessité de choisir le degré convenable de température. Il y a inconvénient à injecter du vin blanc chaud. Pour qu'il agisse, il faut qu'il soit assez fortement chauffé, et alors, si l'on n'y prend garde, il peut produire des accidents analogues à ceux d'une brûlure, le sphacèle de la tunique vaginale, celui du scrotum. On ne court pas les mêmes dangers en usant du vin froid, et l'on parvient au but qu'on veut atteindre. Aussi fréquemment ai-je injecté ce liquide sans avoir pris le soin superflu de le chauffer préalablement.

C'est ainsi que j'ai procédé sur le nommé Jacques Meilhan, des environs de Cadillac, âgé de 53 ans, entré à l'hôpital le 20 juillet. Il était porteur d'une

Digitized by Google

énorme hydrocèle du côté gauche, qui descendait jusqu'au-dessous du tiers supérieur de la cuisse. Le scrotum était rouge, tuméfié, douloureux et extrêmement distendu. Le 29, la ponction avec le trois-quarts est pratiquée; il s'écoule deux livres de liquide; immédiatement la sérosité est remplacée par du vin blanc froid. Il en est injecté autant qu'il peut en entrer dans la tunique vaginale. Ce liquide demeure retenu trois minutes, puis est évacué. Bientôt survient une tuméfaction très-considérable, prélude ordinaire du travail adhésif. La résolution s'opère au bout de quelques jours, et le 29 août, juste un mois après l'opération, le malade sort pleinement guéri. La maladie n'a point récidivé; on en a acquis la certitude, connaissant la maison à laquelle cet homme est attaché.

Hydrocèle opérée par des injections d'eau froide. — Auguste Plaisant, douanier, âgé de 48 ans, avait reçu une contusion dans une chute. Son testicule droit s'était considérablement tuméfié, et tout autour une grande quantité de sérosité s'était accumulée. L'orchite avait diminué, cependant la glande spermatique était demeurée dure, bosselée et volumineuse; le fluide séreux n'avait point été résorbé, de façon que depuis près d'un an il y avait hydro-orchite. Puisque les antiphlogistiques, les dérivatifs ne pouvaient guérir cette double affection, il en fallait venir aux moyens chirurgicaux. La ponction avec le trois quarts, l'injection vineuse stimulante offraient quelques inconvénients; j'aimai mieux agir de la façon suivante. Le 6 mars, je plongeai avec précaution un bistouri à la partie antérieure du scrotum; la sérosité jaillit. N'ayant pas sous la main une canule de trois-quarts, j'introduisis dans la membrane vaginale une algalie de femme avec une petite seringue à injection urétrale. Je remplis d'eau froide la membrane séreuse; j'y fis entrer même de l'air. Le lendemain il y avait un léger gonflement, mais les jours suivants le gonflement devint de plus en plus considérable. J'aurais eu à me repentir d'avoir injecté un autre liquide pour susciter une inflammation plus vive. Celle qui s'était établie remplissait parfaitement le but. L'adhésion de la tunique séreuse à elle-même s'est parfaitement établie; le testicule est demeuré dur et volumineux, le temps et les soins pouvaient seuls le ramener à ses dimensions primitives.

Bertrand Dauze, âgé de dix-huit ans, de Sainte-Foy, forgeron, avait éprouvé une contusion. Consécutivement une orchite s'était manifestée, les travaux, la marche, n'avaient pas permis à la résolution de s'opérer; le testicule était engorgé, et une atmosphère séreuse abondante l'environnait. Chez un homme si jeune, bien portant, j'avais regret d'effacer la cavité vaginale, de produire une adhérence toujours nuisible aux fonctions du testicule. Au risque de voir une récidive, le 22 février 1836, je me déterminai à pratiquer une simple ponction très-ménagée avec le bistouri, à introduire une canule de trois quarts, et à injecter de l'eau froide. Un gonflement très-prononcé eut lieu les jours suivants : le testicule devint dur, peu de fluide était senti au travers du scrotum distendu; la forme de l'inflammation, à la suite de l'opération de l'hydrocèle fut parfaitement établie. Après huit ou dix jours, les symptômes parcoururent une marche inverse, la distension devint de moins en moins considérable, et bientôt le scrotum et le testicule n'avaient plus qu'un volume moitié moindre de celui qu'ils offraient avant l'opération. Que ce soit par adhérence, que ce soit par le rétablissement des forces absorbantes, l'hydrocèle, après une seule injection d'eau a paru entièrement guérie, et le malade était très-satisfait.

A... P..., marin, âgé de quarante-trois ans, était tombé de douze pieds de hauteur, et avait reçu dans sa chute une contusion violente sur le scrotum. Le testicule fut longtemps douloureux et tuméfié; cependant il revint à l'état normal à l'aide de soins convenables. Mais du fluide s'épancha dans la tunique vaginale; la tumeur qu'offrait le scrotum acquit cinq pouces et demi de circonférence, le tissu cellulaire sous-scrotal paraissait infiltré, emphysémateux. Il y avait cinq mois que la chute avait eu lieu, et la tuméfaction persévérait malgré tous les moyens mis en usage. Il était évident que la sérosité avait établi son domicile dans la tunique vaginale, et qu'une opération devenait indispensable. En conséquence, je pratiquai une ponction à l'aide du trois quarts; je donnai issue à la sérosité et injectai à la place de l'eau froide. Un léger gonflement du testicule suivit cette opération; une exhalation nouvelle parut avoir lieu. Mais, dix jours plus tard, la résolution s'opéra; le volume des parties de jour en jour paraissait moindre, et le malade sortit de l'hôpital, se trouvant guéri; probablement la cure s'était faite par l'effacement de la cavité vaginale.

Etienne Vaché, âgé de 19 ans, journalier entré le 20 mars, portait une hydrocèle qui offrait onze pouces de circonférence dans son plus grand diamètre et qui s'était formée sans cause connue. La ponction, l'évacuation de la sérosité et l'injection d'eau froide furent pratiquées le 24 mars, il est survenu une vive inflammation qui a été suivie d'une parfaite résolution. Le malade est sorti guéri le 2 mai.

Jean Gody, marchand, de Roulet, âgé de 53 ans, avait une hydrocèle vaginale à droite, une hydrocèle du cordon à gauche. Le 13 juin, une ponction avec le trois-quarts et une injection d'eau froide sont faites au premier côté. Trois jours après, une ponction avec un bistouri et une injection d'eau froide sont faites au côté opposé. Les hydrocèles ne reparaissent plus, et le malade sort guéri le 3 juillet.

Digitized by Google

M. Benj. L. avait déjà été traité à l'hôpital, de l'hydrocèle du cordon spermatique d'un côté. Un habile chirurgien de Bordeaux lui avait pratiqué une injection de vin dans une hydrocèle de la tunique vaginale du côté opposé, mais la tumeur séreuse avait récidivé et pris une dimension considérable. M. L. venait à certaines époques à l'hôpital réclamer le remède palliatif, je lui pratiquais la ponction. Le fluide évacué pour un temps, la tumeur ne l'incommodait pas. Un jour qu'il était venu à l'amphithéâtre de clinique, je lui fis la ponction comme d'habitude, et à l'improviste, je lui injectai de l'eau froide autant qu'il en put entrer, la quantité fut très-considérable. M. L. sortit pour vaquer à ses affaires habituelles; mais il se présenta au bout de quelques jours, avec un gonflement inflammatoire très-intense. Il se forma un abcès qui fut ouvert; il sortit des débris nécrosés de la tunique séreuse; puis l'inflammation diminua, et l'hydrocèle fut guérie.

Hydrocèle peu volumineuse; adhérence de l'épididyme. — On ne saurait se conduire avec assez de prudence dans l'opération de l'hydrocèle; tout médecin l'exécute, la croit simple, la regarde comme banale. Cette opinion est accréditée, et avec une aveugle confiance on voit des malades se mettre dans les mains de l'homme le moins expérimenté. Toutefois il est des écueils qu'une longue expérience seule apprend à connaître; l'observation suivante sert à en signaler un qui peut faire encourir des chances fâcheuses.

Jean Saumis de Lyon, avait été opéré de l'hydrocèle par injection avant d'entrer à l'hôpital. Je l'examinai le 28 septembre, et je reconnus la présence de sérosité dans la tunique vaginale qui formait une tumeur assez considérable. Evidemment l'hydrocèle avait récidivé. Je cherchai quel était le point le plus fluctuant, le plus aminci, le plus propre à l'application des instruments; je tâchai de découvrir quelle était la place qu'occupait le testicule. Je sentis, tout au bas du scrotum, de l'élasticité qui me faisait reconnaître que la sérosité était accumulée sur ce point. C'était fort naturel : le fluide se porte sur les lieux les plus déclives. C'est là que je devais agir, on sait que le testicule se case sur la cloison du dartos en dedans et un peu en haut. J'incisai le scrotum en bas dans environ un pouce de longueur, je divisai ensuite les divers plans membraneux pour parvenir à la tunique séreuse que j'ouvris.

Je trouvai ces tissus confondus, épais, résistants; ce n'était point surprenant : lorsque les hydrocèles ont acquis une certaine chronicité, il y a dégénérescence et par conséquent confusion dans la disposition des parties. Je procédai toujours de la surface à la profondeur avec une lenteur extrême, absolument comme l'on agit dans l'opération de la hernie, pour découvrir le sac herniaire. J'allais ainsi à la découverte de la séreuse vaginale; je ne voyais que confusion. Je m'aperçus que j'étais en rapport avec l'épididyme, qui avait été retenu en bas par le fait de l'adhésion inégale qui s'était opérée à la suite de l'injection. Vite je changeai de voie : je portai le bistouri en haut, en avant de la tumeur; j'incisai le scrotum, le dartos, les autres tissus; je vis à nu la tunique vaginale. J'y plongeai la pointe du bistouri; la sérosité jaillit. Alors j'introduisis une algalie de femme dans la poche séreuse, j'injectai du vin blanc chaud à deux reprises, et les phénomènes inflammatoires ordinaires s'étant déclarés, suivirent une marche régulière.

Je sens les torts qui pesaient sur moi. J'eusse pu découvrir indubitablement la position du testicule, et ne pas tomber sur l'épididyme. Mais qui eût pensé, lorsque l'hydrocèle était évidente, que l'épididyme était adhérent en bas, surtout lorsqu'une élasticité remarquable en imposait pour une accumulation de sérosité. Je le répète : *on ne saurait se conduire avec assez de prudence dans l'opération de l'hydrocèle.*

Hydrocèle du cordon. — C'est lorsque des tumeurs séreuses sont placées sur le trajet des vaisseaux spermatiques qu'il s'agit d'user de prudence; car les instruments peuvent atteindre quelques-unes des parties constituantes du cordon, et occasionner des accidents. Dans des cas de cette espèce, il serait imprudent d'enfoncer un trois quarts; on manie mieux un bistouri, on le tient mieux au degré juste de profondeur auquel on veut parvenir. Aussi, dans le cas suivant, ai-je procédé avec cet instrument.

M. Benj. L., âgé de 62 ans, avait des tumeurs volumineuses au scrotum; à droite on voyait un renflement oblong, mollasse, dans la direction du cordon spermatique, ressemblant assez à une hernie épiploïque. Cependant une vague élasticité faisait présumer que ce pouvait être une hydrocèle enkystée. Le 12 décembre, je pratiquai une incision aux téguments; j'enlevai, couche par couche, des lames celluleuses; je parvins au foyer : la sérosité s'écoula. Mais il y avait aussi un fluide séreux dans les lames du dartos, et on pouvait reconnaître à la fois l'hydrocèle diffuse et l'hydrocèle enkystée. De la charpie fut introduite dans la poche séreuse, et des pansements journaliers furent faits. Les phénomènes inflammatoires ont été assez réguliers; mais il est survenu une grande complication. Une fièvre ataxo-adynamique des plus intenses s'est déclarée. Il y a eu délire, tympanite abdominale. Le malade a touché à sa perte. Cependant ces accidents sinistres ont été conjurés. M. Benj. L. est sorti guéri de l'hôpital, et plus tard est venu réclamer la cure de l'hydrocèle qu'il avait du côté opposé.

Double hydrocèle de la tunique vaginale et du cordon spermatique. — L'affection dont il s'a-

Digitized by Google

git a quelque chose de distinctif. Une tumeur oblongue de sept à huit pouces était étranglée au milieu de sa longueur. A la partie la plus basse, on sentait l'épididyme faisant saillie ; il sortait d'une ouverture, en forme d'anneau, comme un intestin dans une hernie. En refoulant ce corps, le bout du doigt s'engageait dans l'ouverture. Quelle était cette disposition ? La strangulation sur le trajet de la tumeur dépendait de ce qu'il y avait une hydrocèle du cordon, distincte d'une autre hydrocèle de la tunique vaginale ; l'ouverture sentie au travers du scrotum tenait à l'éraillement de la tunique fibreuse qui enveloppe la tunique séreuse (on confond ces deux membranes collectivement sous le nom de tunique vaginale). Le testicule faisait en partie hernie par cette ouverture, de manière que l'épididyme etait nettement senti au travers du scrotum. Le malade qui présentait cette affection, nommé Michel, âgé de 55 ans, laboureur de profession, attribuait la formation de sa tumeur à l'obligation où il avait été de se tenir comme à cheval sur le manche de sa charrue, dans les travaux des champs, et par conséquent aux contusions qu'il avait très-souvent éprouvées *sur les testicules*.

Une opération étant requise, je l'exécutai ; une incision *fut faite* à la partie la plus déclive de la tumeur. Parvenu à la membrane séreuse, je fis une petite ponction ; de la sérosité limpide s'écoula; j'agrandis l'incision, je reconnus le testicule sain, et excisai une portion de la tunique vaginale. Alors, la tumeur supérieure est demeurée seule. Elle a été ouverte consécutivement, un fluide séreux en a jailli; et une portion du kyste qui le renfermait a été retranchée. Un pansement qui consistait dans l'introduction de charpie fine, avait pour but de susciter une légère inflammation. Une tuméfaction assez considérable est survenue, puis elle a diminué graduellement. Le cordon était dur et volumineux; mais la résolution s'opérant, il est revenu dans un état normal.

Réflexions. — La première conséquence qui découle de l'exposition des faits cliniques que je viens de mentionner, est qu'il y a des nuances infiniment variées dans les hydrocèles, et que la variabilité dans le traitement doit être très-grande. Qu'on juge, d'après cela, de la valeur des méthodes exclusives que tel ou tel chirurgien emploie par caprice ou par aveugle préférence.

Je ne peux me défendre d'un sentiment de dédain, lorsque je vois la foi qu'on professe pour tel ou tel moyen considéré comme chose nouvelle ou merveilleuse. Est-ce qu'on doit compter sur de telles futilités ? Ce sont des données générales sur le caractère spécial de l'affection qui doivent diriger le choix dans le mode thérapeutique. Que ferait l'injection toute seule, par exemple, méthode en général justement préférée ? S'il y a dégénérescence de la tunique vaginale, est-ce que les tissus altérés pourraient revenir à leur état primitif ? Nullement ; il faut qu'ils soient retranchés en partie ou en totalité. L'excision est, en pareil cas, la méthode qu'il faut choisir.

On sent combien il faut apporter de modifications dans le traitement, selon l'âge du malade, son irritabilité. Si un liquide actif, caustique, est utile chez un homme débile, du vin, de l'eau même peuvent suffire chez un sujet jeune et vigoureux. Que l'on juge maintenant de la valeur réelle des méthodes exclusives offertes comme de précieuses découvertes!

Cependant on voit des chirurgiens de grand renom présenter encore de bonne foi des procédés auxquels ils attachent une grande importance. C'est le docteur Mayor, de Lausanne, qui conseille de traverser la poche vaginale par un fil qu'il laisse à demeure et dont il réunit les deux extrémités. Ce sont MM. Lewis et Travers qui, gravement, vantent l'acupuncture, prescrivent d'enfoncer des aiguilles dans les bourses, espérant que la tunique vaginale restera béante, et que la sérosité s'écoulera lentement dans le dartos. C'est M. le professeur Velpeau qui préconise l'iode, substance à laquelle il attribue une sorte de spécificité contre l'hydrocèle, comme si pour déterminer une irritation il fallait recourir à un agent particulier, et si avec mille autres on ne pouvait pas obtenir le même résultat. Pourquoi plutôt l'iode que tout autre matière excitante, tout autre modificateur, appropriés au degré de vitalité des tissus? M. Velpeau n'a-t-il pas rapporté lui-même ce conseil de Celse? « Si l'eau est dans une » poche, il faut, après l'avoir évacuée, faire des injections avec une dissolution de sel ou de salpêtre. »

Hématocèle. — Une membrane diaphane, mince, qui n'offre aucune trame vasculaire, qui est le foyer de perspiration perpétuelle d'un fluide aqueux incolore, peut-elle devenir le siége d'une exhalation sanguine? Si du sang s'épanche dans les plèvres, il n'y a pas de raison pour que le même phénomène ne puisse avoir lieu dans la tunique vaginale du testicule, lorsqu'au préalable une organisation vasculaire s'est accidentellement établie dans l'épaisseur de cette membrane. Certains cas qui se sont offerts à ma clinique m'ont donné la conviction de la possibilité de ce phénomène. M. Faudouas, élève distingué à l'hôpital, a recueilli une observation dont j'extrais un passage que je rapporte textuellement.

Hydrocèle, hématocèle. — « Il s'est présenté, dans la clinique de M. Moulinié, un cas d'hématocèle vraie dans l'une des tuniques vaginales, et une hydrocèle pure et simple dans l'autre poche séreuse.

» Le nommé Jean Villetorte, âgé de 52 ans, s'est rendu à l'hôpital Saint-André, atteint de cette double affection. Il s'était aperçu des premiers symptô-

Digitized by Google

mes de la maladie depuis 12 ans; la sécrétion aqueuse ayant progressivement augmenté jusqu'à l'époque où il est venu réclamer des soins, le scrotum avait acquis un volume énorme. Le pénis était totalement effacé par suite de la trop forte distension du scrotum. Je ne puis comparer qu'avec peu de justesse la forme et le volume de la tumeur à un corps quelconque; je pourrais néanmoins lui assigner, pour similitude, tant sous le rapport de la forme que du volume, un très-gros melon qui serait aplati. C'est dans cet état que Villetorte s'est décidé à venir réclamer les secours du chirurgien en chef.

» Le volume énorme de la tumeur, l'importance des organes qui l'avoisinaient, rendaient le diagnostic grave, et difficile. Jamais peut-être, collection de liquide n'avait distendu le scrotum à ce point. M. Moulinié, après quelques moments d'inspection et de recherches par le toucher, prononça un jugement qui charma autant qu'il surprit tous les élèves qui étaient présents, et deux médecins distingués de cette ville qui assistaient à sa visite; il diagnostiqua: *Épanchement séreux dans l'intérieur de la tunique vaginale gauche, collection de sang dans l'intérieur de la tunique vaginale droite.*

» Il n'existait aucun signe commémoratif, à part un léger coup porté sur le scrotum avec la main d'un enfant, qui n'avait amené aucun changement, si ce n'est un peu de densité du côté où avait eu lieu ce léger choc.

» Fort de son diagnostic, M. Moulinié plonge furtivement le trois quarts dans l'intérieur de la tunique vaginale gauche, et donne issue à un litre à peu près d'un liquide séreux et limpide. Une injection de vin blanc, tiède, a été faite dans l'intérieur de la membrane séreuse, dans le but d'un traitement radical.

» Il n'y avait encore que la moitié du scrotum qui eût diminué de volume. Persuadé que l'autre tunique contenait un liquide tout différent de celui qui venait d'être expulsé, M. Moulinié étoit, pour le moment, peu disposé à exécuter une semblable ponction du côté droit. Cependant, y étant encouragé par M. Rey, une ponction fut faite avec le trois quarts. Il s'écoula une quantité de sang évaluée à un demi-litre. Il n'était point indiqué, après cette évacuation, comme l'a fait observer M. Moulinié, de faire une injection vineuse pour favoriser l'adhésion de la tunique vaginale de ce côté. Elle se fit spontanément.

Hydro-Hématocèle. — Très-fréquemment, la sérosité vaginale est mélangée de sang. Lorsque la ponction est pratiquée, on voit s'écouler un liquide noirâtre éminemment sanguinolent. Est-ce qu'alors des vaisseaux dilatés ont produit une exhalation, ou bien leur rupture, provoquée par un agent quelconque, a-t-elle eu lieu? Le premier phénomène n'est pas possible, mais c'est à la seconde cause qu'on doit communément attribuer l'hydro-hématocèle. La tumeur que forme le scrotum distendu par de la sérosité, se présente naturellement aux chocs des agents extérieurs, et une fois ou autre, lorsque les hydrocèles sont anciennes, une pression, un coup, sont reçus souvent à l'insu du malade. C'en est assez pour produire, dans la tunique vaginale, un épanchement du sang qui se confond avec l'exhalation séreuse. Mais encore la ponction avec le trois-quarts, dans le but d'opérer la cure palliative, est très-propre à former l'hydro-hématocèle. Les veines scrotales sont dilatées, ou les vaisseaux capillaires de la tunique vaginale sont développés. Que quelque vaisseau soit rencontré par l'instrument, c'en est assez pour que le sang s'épanche à l'intérieur.

Hydro-hémato-orchite. — Jacques Labeirie, âgé de quarante ans, entré à l'hôpital Saint-André le 25 octobre, offrait un gonflement considérable du testicule et de ses annexes du côté droit. La tuméfaction avait environ huit pouces d'étendue du haut en bas. On sentait de la mollesse, de l'empâtement au travers du scrotum, mais la pression faisait reconnaître cette résistance élastique propre à l'hydrocèle, et dont l'expérience apprend à percevoir la sensation. Par l'apposition d'une lumière, on ne pouvait distinguer de transparence; mais comme la masse tuméfiée était lourde, dure dans quelques points, notamment en arrière, il paraissait probable que le testicule était dans un état pathologique. Le cordon spermatique, par sa tuméfaction, semblait participer à la lésion de cet organe. Le malade éprouvait des douleurs vives qui se propageaient vers la région lombaire, et d'autant plus intenses, qu'il se tenait dans la station verticale.

D'après la forme, la densité variable de la tumeur dans divers points, et les autres phénomènes morbides, on aurait pu croire qu'il y avait hydro-sarcocèle; mais il était naturel de soupçonner l'existence d'une affection moins grave. La maladie ne datait que de cinq mois; développée rapidement par l'effet d'un agent physique, elle résultait d'un coup violent de fléau, en battant le blé, qui avait porté sur les organes génitaux: c'était la cause bien reconnue de la maladie.

Bien que Desault ait établi en principe « que les » engorgements du testicule qui commencent, et » dans lesquels cet organe n'a point encore pris ce » degré de pesanteur essentiellement caractéristique » du squirrhe prononcé, loin d'être un obstacle à » l'opération de l'hydrocèle par injection, en présentent au contraire la manifeste indication, pour » guérir en même temps et la maladie de la tunique » vaginale et celle du testicule, » j'ai cru devoir préférer un autre mode opératoire, parce que je pensais que l'irritation occasionnée par le fluide

Digitized by Google

injecté pourrait augmenter d'une manière défavorable celle du testicule ; que l'adhérence s'établirait mal sur la portion de la tunique vaginale revêtant cet organe malade, qui devait être inégal et bosselé; qu'il pourrait y avoir dégénérescence du testicule ou de la tunique vaginale, et qu'alors l'injection deviendrait inutile ou nuisible. En conséquence, j'opérai de la manière suivante :

Une longue incision fut pratiquée sur toute l'étendue du scrotum de haut en bas ; par une dissection faite à l'aide du bistouri et d'une sonde canelée pointue, diverses couches membraniformes furent successivement divisées. Sentant alors manifestement l'existence d'un fluide, je pratiquai une ponction avec la pointe du bistouri. Il s'écoula une sérosité noire contenant du sang altéré, abondamment épanché dans la cavité vaginale. La membrane séreuse et la fibreuse externe qui la revêt avaient acquis une épaisseur de deux lignes environ, et étaient cartilaginifiées; elles furent réséquées dans une grande étendue; le testicule, coloré en noir par la sérosité qui contenait du sang en solution, était très-tuméfié, dur et raboteux, et l'épididyme considérablement développée. L'opération terminée, le pansement fait, toutes les douleurs constantes qu'éprouvait le malade se dissipèrent; son état devint de plus en plus satisfaisant. Une suppuration abondante s'établit ; on vit cette membrane *pyogénique*, décrite par le célèbre Delpech, qui prélude à la formation de l'adhérence; quelques petits abcès vers le bas du scrotum se formèrent et furent ouverts; on aperçut le testicule diminuer graduellement de volume, se rapprocher de plus en plus de ses dimensions naturelles, et, la suppuration favorisant la résolution, le retour à l'état normal s'effectuer. La cicatrice de la plaie aux membranes d'enveloppe s'opérait rapidement; mais il fallait entretenir quelque temps une ouverture béante pour l'écoulement du pus sanguinolent. Le malade, heureux de voir opérer sa guérison, prit un embonpoint remarquable, et après avoir séjourné quatre mois dans l'hôpital, autant par nécessité que par la satisfaction qu'il éprouvait d'y trouver les douceurs du repos et des moyens commodes d'existence, en sortit parfaitement guéri.

Hématocèle traumatique. — Il est des circonstances qui écartent toute sorte de doute sur la cause de l'hématocèle, sur sa nature. On ne peut mettre en question alors s'il y a eu exhalation, si le sang est accumulé dans la tunique vaginale. Une violence est avérée, et l'on voit le sang jusque dans le tissu même du scrotum. Il est évident qu'il y a eu traumatisme, que des vaisseaux ont été rompus, que le fluide s'est extravasé dans le tissu cellulaire, et que l'hématocèle alors a son siége dans les lames du dartos; voilà l'hématocèle la plus commune, la seule reconnue de la plupart des auteurs. L'épanchement du sang peut être prodigieux lorsque des veines volumineuses sont rupturées, car de proche en proche il se forme un amas considérable. Il est curieux de voir alors la coloration foncée qu'acquiert le scrotum ; on dirait de prime abord qu'il est frappé de sphacèle, tant il est bleuâtre. Les efforts de la nature sont souvent insuffisants pour résorber le fluide épanché. Les réfrigérants, les résolutifs, échouent. Une opération devient indispensable, pour donner issue à un fluide qui, hors de ses vaisseaux, obéit aux lois physiques, et amène par sa décomposition de graves accidents.

Jean Bergeongeat, de Moissac, marin, âgé de 34 ans, tombe le 3 février sur le bord d'un bateau. Il ressent dans les organes génitaux, qui avaient été violemment contus, une forte douleur. Il continue néanmoins ses pénibles travaux ; mais la nuit suivante, une tuméfaction considérable se déclare. Le malade entre à l'hôpital le 4 février. La tumeur augmente encore de volume. Elle acquiert quatorze pouces de circonférence. Bergeongeat en prend lui-même la mesure, qui a été notée par M. Lévieux, dans le cahier de clinique. Une couleur bleuâtre annonçait qu'il y avait du sang extravasé dans les mailles du dartos.

A la forme, à la situation, aux dimensions de la tumeur, je présumai qu'il existait une hydrocèle ancienne, et que l'événement qui avait eu lieu aurait produit la rupture de vaisseaux sanguins ; qu'ainsi il y avait une complication qui devait faire nommer la maladie hydro-hématocèle. Mais le malade assurait n'avoir, avant sa chute, aucun gonflement, aucune lésion aux organes génitaux. On ne pouvait donc, raisonnablement, soupçonner la préexistence d'une hydrocèle. Il fallait nécessairement admettre que la maladie consistait dans un épanchement considérable, circonscrit. Une tumeur essentiellement sanguine méritait dans ce cas la dénomination d'hématocèle traumatique. Le 7 février, je pratiquai une ponction avec le bistouri ; il sortit du sang noir. Une incision fut faite depuis le raphé jusqu'au voisinage de l'aine gauche : il s'écoula du sang en quantité; il sortit des caillots sanguins volumineux. La masse en fut évaluée à plus de deux livres. Des réfrigérants furent constamment appliqués sur les parties ; les accidents se dissipèrent. La tumeur avait disparu, les douleurs avaient cessé; tout marcha vers une guérison certaine.

Le testicule ayant éprouvé une contusion, s'était considérablement tuméfié; il était devenu dur et douloureux. Il a fallu remédier par des résolutifs, par des frictions napolitaines, à cet état morbide. La résolution s'est graduellement opérée. Le séjour dans l'hôpital, la perte de sang, les souffrances, avaient singulièrement affaibli le malade. Des to-

Digitized by Google

niques sont devenus utiles ; leur administration a été efficace.

Hématocèle par cause bénigne. — Si la cause n'est pas très-violente, l'épanchement est léger et peut ne s'opérer que consécutivement. C'est ce qui eut lieu chez un jeune homme de 18 ans, nommé Adrien Bion, journalier, entré le 22 décembre à l'hôpital. Il avait au scrotum un gonflement peu considérable ; cependant la douleur était assez vive et la coloration très-prononcée. Interrogé sur la cause de son mal, ce jeune homme ne donnait que des renseignements vagues : il était embarrassé dans ses réponses. Des soupçons s'élevèrent sur une cause probable : ils se trouvaient fondés. Le malade avoua qu'une jeune fille lui avait saisi les testicules à pleines mains, et violemment pressé ces parties.

La résolution n'a pu être obtenue par tous les topiques locaux. Des abcès se sont formés, et des incisions sont devenues nécessaires pour donner issue à du sang décomposé. La guérison ne s'est opérée qu'avec une lenteur extrême.

L'Expérience. — Janvier 1840.

De quelques maladies non syphilitiques du pénis; par J. Moulinié, chirurgien en chef de l'hôpital, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, etc., etc.

Maladies vénériennes phlegmasiques et affections analogues.—En désignant une classe de maladies vénériennes sous le nom de phlegmasiques, je ne veux point dire que l'élément inflammatoire n'existe qu'en elle seule. Il est trop évident que, dans les symptômes que présentent les autres classes, il y a inflammation, et même très-intense. Dans la blennorrhagie, elle s'élève à un tel degré, qu'elle établit un éréthisme morbide intolérable; dans les bubons, il y a tous les caractères d'un véritable phlegmon; dans le chancre, même, il y a une irritation très-vive, accompagnée de rougeur, type caractéristique de l'inflammation.

Mais dans ces derniers accidents vénériens, il existe un principe délétère, qui préside à tous les phénomènes, qui les détermine graduellement et sourdement. D'abord, il n'y a pas une vive irritation; ce n'est que consécutivement qu'elle s'est établie. Il y a une inflammation, sans doute, mais elle est accessoire, elle n'est pas le mal principal, elle est d'un genre tout particulier; aussi a-t-elle très-justement été désignée par le professeur Richerand, sous le nom d'*inflammation spécifique :* tandis que, dans les affections vénériennes phlegmasiques, l'irritation est tout, l'inflammation est essentielle, *idiopathique*, pour me servir du langage de l'école.

C'est brusquement, à la suite d'excitations qu'on pourrait nommer mécaniques, bien qu'elles soient produites par un acte physiologique, que souvent les phlegmasies se déclarent; elles se présentent d'emblée dans toute leur intensité; consécutivement, leur acuité diminue par les plus simples moyens hygiéniques. Il en est tout autrement, lorsqu'un principe contagieux a fait naître des accidents; ils grandissent quand même, parcourent leurs périodes et amènent souvent des résultats funestes.

Faut-il que l'acception d'un mot égare les esprits? Et parce que des maladies proviennent des plaisirs de Vénus, on leur assigne à toutes, sans distinction, l'épithète de *vénériennes!* Ces maladies sont vénériennes, sans doute, mais les unes sont purement phlegmasiques, tandis que les autres sont blennorrhagiques, ou véroliques : voilà l'immense différence.

L'école physiologique s'est éloignée de la vérité, en enseignant que l'irritation seule pouvait engendrer tous les accidents vénériens. Sa doctrine vraiment hypothétique, fait admettre que l'excès de stimulation fait éclore la syphilis, qu'il se forme des ulcérations, ayant tout le type du chancre, des écoulements, tous les caractères de la gonorrhée, bien que des individus de sexe différent soient parfaitement sains l'un et l'autre, et qu'ainsi la syphilis est engendrée par le seul fait de l'irritation. Erreur qu'une telle croyance! Deux personnes saines pourront impunément se livrer à tous les excès vénériens, sans qu'il en résulte des symptômes véritablement véroliques. Toutefois, il faut l'avouer, il survient des exsudations muqueuses, catarrhales, des sortes de blennorrhées susceptibles de provoquer des accidents analogues; mais, ce n'est point la syphilis, et ces faits sont exceptionnels et fort rares. Il est une multitude de symptômes vénériens qui se déclarent aux organes génitaux, à la suite du coït immodéré. On voit une série de petites vésicules, renfermant un liquide limpide, qui devient ensuite opaque, purulent; ces vésicules se percent, il y a ulcération, il se forme une croûte, il y a gonflement du prépuce, vive cuisson; alors, l'anxiété des malades est grande, surtout quand ils ont eu des rapports suspects : eh bien! il n'y a là qu'un simple accident inflammatoire. D'autres fois, il survient une inflammation vive au prépuce qui peut offrir des fissures, sortes de rhagades; il s'écoule une matière mucoso-purulente : ce n'est que l'effet des frottements. Les fissures ont pu être produites par des poils dans les rapprochements sexuels; il n'y a enfin qu'une simple posthite, que quelques lotions dissipent. Mais le gland est excorié; on y voit des ulcérations à fond grisâtre : physionomie ordinaire du chancre; toutefois, ce peut n'être qu'une bala-

Digitized by Google

nite, susceptible de disparaître par des moyens de propreté. On voit enfin des engorgements des ganglions lymphatiques de l'aine, des adénites, des bubons : n'est-ce pas le prototype du mal vénérien? peut-il y avoir du doute sur la réalité de l'affection? eh bien! ces adénites ne sont que symptomatiques d'irritations simples; elles sont de nature simple elles-mêmes, elles se dissipent spontanément à mesure que les accidents dont elles dépendent disparaissent.

Il est vrai que la similitude entre ces divers accidents et ceux qui sont réellement véroliques est fort grande; qu'il faut un coup d'œil très-exercé pour les distinguer; que ce n'est qu'une sage expectation qui en est souvent le juge. Mais, parce que des symptômes morbides ont entre eux de l'analogie, faut-il les confondre dans la même catégorie, leur appliquer le même traitement, les défigurer, les rendre méconnaissables, dès qu'ils apparaissent, par des médications intempestives et dangereuses, pénétrer les personnes trop confiantes d'une fausse crainte, les plonger dans le chagrin, dans le désespoir, par la croyance où elles sont d'être infectées de syphilis, les soumettre à un traitement fatigant, superflu et funeste? Voilà cependant ce qui a lieu lorsque les médecins ne sont pas assez éclairés par le flambeau de la clinique. Combien de fois ai-je vu l'herpès préputial, les pseudo-chancres, les balanites, les posthites, considérés et traités comme des symptômes véroliques! Mais comment éviter de tomber dans une telle erreur lorsque des syphilographes qui jouissent d'une grande renommée, tels que MM. Desruelles et Devergie, l'érigent en précepte, et ne font qu'une seule catégorie de tous les accidents vénériens dont, le principe est toujours l'irritation!

Très-certainement l'irritation produit des symptômes vénériens, que ce soit dans les rapports sexuels, que ce soit dans des jouissances solitaires qu'elle ait été mise en jeu. Le coït et l'onanisme comportent des frottements réitérés qui appellent le sang dans les tissus et qui font naître des phénomènes inflammatoires. Certaines dispositions organiques favorisent le développement de ces accidents; la longueur considérable du prépuce, l'étroitesse de son ouverture, constituent le phimosis naturel, qui se convertit aisément en phimosis inflammatoire. Le prépuce est-il ramené en arrière du gland, il survient alors un paraphimosis. Le gland étant constamment recouvert, il s'accumule une matière sébacée qui devient cause d'inflammation, ce qui constitue la balanite. Qu'on examine lorsque, dans ces cas, des accidents inflammatoires se seront développés, on voit l'apparence d'un grand mal lorsqu'il n'y a qu'un mal léger. Si les malades ont eu des rapports sexuels suspects, le moindre soupçon sur la nature vérolique des symptômes est résolu par l'affirmative.

L'onanisme produit des phénomènes analogues à ceux du coït; et même, sans aucun attouchement voluptueux, le prépuce, le gland, le pénis en entier, les organes sexuels féminins, deviennent le siége d'une multitude d'accidents inflammatoires qui ont la même physionomie que ceux que déterminent le coït et l'onanisme, et cependant leur nature est simple, leur développement est spontané. A combien d'erreurs, à combien de jugements téméraires ne donnent pas lieu les maladies inflammatoires des organes sexuels! Oh! qu'il est important que le médecin se pénètre bien de cette vérité: qu'il y a une similitude frappante, mais fallacieuse, entre les phénomènes morbides simplement phlegmasiques et les phénomènes morbides virulents qui apparaissent sur les organes de la génération!

Pénitis.— Voilà une expression nouvelle dans la science; je l'ai consacrée le premier à un genre d'inflammation de la verge, qui n'est pas assez signalé par les auteurs, et qui est confondu avec divers accidents syphilitiques. Ce n'est pas seulement comme symptôme vénérien que j'en fais mention, mais aussi comme phénomène phlegmasique; car la pénitis peut dépendre d'excitations érotiques ou de toute autre cause.

Celse a parlé des inflammations de la verge. Il conseille, pour ramollir de désenfler la peau, de faire des fomentations réitérées avec de l'eau chaude et des injections entre le prépuce et le gland avec une seringue à oreille; de mettre des cataplasmes faits avec de la lentille, du marrube ou des feuilles d'olivier, bouillis dans du vin et triturés avec du miel; puis de relever la verge et de la tenir attachée au ventre. Il parle encore de certains ulcères humides et purulents de cet organe, et prescrit, pour y remédier avec succès, les compositions d'Erasistrate et de Craton.

Un organe aussi vasculaire que la verge, qui reçoit du sang, non-seulement dans ses nombreux vaisseaux, mais encore dans les cellules du corps caverneux et dans les tissus spongieux de l'urèthre, devait être, par sa seule disposition anatomique, très-sujet aux inflammations. Il est surprenant qu'elles ne soient pas plus fréquentes et plus intenses, lorsque tant de causes d'irritation mettent en jeu les propriétés vitales de cet organe. Cependant on voit des cas, malheureusement trop funestes, qui prouvent combien les accidents inflammatoires sont redoutables : quelquefois à la suite d'excitations vénériennes, d'autres fois, à la suite de l'influence la plus simple, la verge est frappée d'une inflammation que des remèdes peuvent combattre, ou qui résiste d'une manière désespérante à toutes sortes de moyens.

Digitized by Google

Pénitis par excès d'onanisme. — Un jeune homme de 18 ans, nommé Joseph Nartus, admis à l'hôpital, le 29 novembre, offrait ce que M. Panné, aide de clinique, a noté en ces termes : « Ce malade est entré pour se faire traiter d'une affection psorique ; il semble cacher, avec beaucoup de soin, une maladie plus sérieuse. Examiné attentivement, on a remarqué : pâleur générale, prostration des forces, pouls fébrile ; toutes les fonctions paraissent s'exécuter avec irrégularité. La verge, point central de la maladie, est rouge et tuméfiée ; son engorgement ne se borne qu'au pubis ; elle a le double de volume que dans l'érection ; sa longueur est augmentée ; le prépuce, boursouflé, est tellement porté en avant, qu'il présente une tumeur en forme de truffe, au milieu de laquelle est placé le méat urinaire. Les érections sont nulles ; l'inflammation parait essentiellement résider dans la peau qui revêt la verge, et ne pas être encore propagée au corps caverneux. M. Moulinié a largement débridé. Ce malade a été guéri, le 10 décembre. » M. Étienne Laffargue a rapporté, à l'amphithéâtre de clinique, l'observation très-circonstanciée de ce fait pathologique.

On se rend compte, chez un vieillard, d'une inflammation de la verge, qui, développée spontanément, amène le sphacèle ; on se dit : Il y a une décadence dans l'acte circulatoire ; il y a arrêt dans le cours du sang ; il y a quelques-uns de ces phénomènes qui produisent la gangrène sénile. Mais chez un jeune homme, où la circulation a toute son énergie, voir survenir sans cause connue une telle affection, c'est vraiment étonnant. Il faut nécessairement alors reconnaître des causes opposées, admettre qu'une excitation extrême a déterminé l'abord du sang dans le système capillaire, et un engorgement qui a produit le développement des accidents *inflammatoires*, puisque aucune substance délétère, aucun agent physique n'ont exercé leur influence. Le coït immodéré pouvait être cette cause, mais notre malade assurait ne s'y être nullement livré ; la masturbation pouvait aussi être accusée ; le malade, pendant longtemps, a nié l'avoir exercée, cependant il en a fait l'aveu : c'était réellement après des excès de jouissances solitaires que l'inflammation de la verge s'était déclarée. A la couleur violacée, au gonflement énorme, à la stupeur, à l'anéantissement des fonctions du pénis, l'érection pendant longtemps ne s'effectuant pas, on eût dit qu'un sphacèle complet allait frapper l'organe et qu'il devait tomber en totalité : chose déplorable à l'époque la plus belle de l'existence ! Nous avons déployé les ressources de l'art pour prévenir de plus grands désordres ; des scarifications avaient pour but de produire un dégorgement salutaire ; des toniques locaux et généraux étaient propres à ranimer une circulation suspendue dans le système capillaire du pénis ; le mouvement des fluides s'est enfin rétabli, des eschares se sont détachées, le dégonflement de l'organe s'est opéré, ce que l'on nomme la résolution s'est effectué, des érections légères ont été le présage du rétablissement, la vie, qui paraissait éteinte dans le pénis, s'est ranimée, et la guérison s'est de plus en plus confirmée.

Pénitis par agent mécanique. — Un enfant de onze ans, nommé Lastaud, entra à l'hôpital le 26 juillet, avec une inflammation violente de la verge qui était irrégulièrement tuméfiée ; il y avait une strangulation au centre, et il fut bientôt facile de reconnaître que la dépression était due à l'action d'un corps étranger. Un anneau métallique serrait fortement le pénis : c'était un dé de tailleur, un de ces dés à deux ouvertures, dans lequel l'enfant avait passé sa verge. Aussitôt le gland s'était tuméfié, et un étranglement inévitable avait produit des accidents inflammatoires. M. Rey, chef interne, se trouvant à l'hôpital au moment de la réception du petit malade, parvint à couper le dé qui faisait office d'anneau, et qui heureusement était en cuivre. Une inflammation très-vive s'étant déclarée, amena une teinte bleuâtre, et des eschares gangréneuses s'établirent. A leur chute on aperçoit une profonde ulcération qui fait tout le tour de l'organe. Celui qui alors eût vu l'état des choses, à l'aspect qu'offrait un ulcère profond à fond grisâtre, à bords épais, aurait cru, sans en douter, à l'existence d'un ulcère vénérien, lorsqu'il n'y avait que plaie par agent mécanique. Une chose digne de remarque, c'était le gonflement du prépuce et du gland persistant après l'enlèvement de l'anneau.

La strangulation avait produit une accumulation des fluides, et par conséquent une tuméfaction considérable ; cette tuméfaction avait persisté, et les tissus étaient demeurés gonflés et indurés, en un mot sclérémiés ; cela tenait à ce que les artères, les veines, les vaisseaux lymphatiques avaient été coupés par le travail inflammatoire suscité par l'anneau. Il n'y avait plus de voie de retour pour les fluides contenus dans la partie antérieure de la verge. Il semblait que cet organe, dans son centre, était réduit au canal de l'urèthre, qui maintenait encore sa continuité ; le corps caverneux était divisé : il eût fallu peu de chose pour opérer la chute de la moitié antérieure du pénis. Aussi a-t-il été nécessaire d'user de beaucoup de soins pour parvenir à conserver une portion de l'organe tenant à un mince pédicule ; les artères dorsales de la verge n'apportaient plus de matériaux de nutrition ; on ne pouvait compter que sur les artères centrales du corps caverneux ; or leur intégrité était douteuse. Quel travail lent de la nature à former ce réseau vasculaire qui, entre la moitié postérieure et la moitié antérieure de la verge, devait être le canevas de l'ino-

Digitized by Google

dule! Journellement nous observions s'opérer cette organisation avec une attention toute particulière, et le petit malade, vivant entre l'espérance et la crainte, partageait notre attention et faisait aussi des remarques. Certainement, sur un individu d'un âge avancé, la circulation peu énergique n'eût pu envoyer les molécules nutritives à une portion de verge presque détachée ; mais dans un âge jeune, il y avait de l'espoir ; les molécules du sang, plus subtiles, plus fluides pouvaient traverser de très-petits vaisseaux capillaires, et entretenir la vie dans une partie tenant à peine au reste de l'individu. Évidemment, les vaisseaux principaux étaient détruits, la lenteur dans la marche de la cicatrisation en donnait la preuve. On songeait au rapprochement de la peau de la racine de la verge vers celle qui recouvre le gland ; mais il eût fallu aviver l'une et l'autre ; c'eût été une perte de substance plus grande, et le résultat eût été douteux : il valait mieux observer et seconder la nature. On a vu avec satisfaction se former très-lentement le travail inodulaire, et la membrane de cicatrisation s'organiser. La peau d'arrière s'est insensiblement rapprochée de la peau d'avant, et la surface de la plaie graduellement est devenue moins grande. Mais ce n'était pas un simple rapprochement et une cicatrice qui devaient s'opérer; il fallait encore des voies de retour pour les fluides qui étaient demeurés accumulés dans le prépuce et dans le gland, et qui les tenaient comme hypertrophiés. Tout cela s'est fait à la longue. Il a fallu chez l'enfant une extrême patience pour arriver à ce résultat. Lorsque déjà l'aiguillon érotique s'était fait sentir en lui, il reconnaissait l'importance de la conservation d'un organe dont la perte avait été si imminente.

Pénitis par contusion. — Un cas des plus déplorables s'observa quelque temps après dans le même hôpital. Jean Laborde, de Langon, âgé de quarante-quatre ans, était entré pour une vive inflammation du pénis. Il assurait que, dans un voyage qu'il avait fait à cheval, cet organe avait été violemment contus par la pression exercée sur la selle; c'était exclusivement à cette cause qu'il attribuait son mal. La peau de la verge et le scrotum furent bientôt frappés de gangrène; le corps caverneux, entièrement dénudé, tomba en putréfaction; les parties les plus molles qui le composent disparurent par une sorte de fonte, et, chose remarquable, son tissu fibreux, qui est épais et élastique, résista à la décomposition, se resserra sur lui-même, et bientôt la verge n'était plus figurée que par un cordon du volume d'un tuyau de plume. Les deux testicules, complétement dépouillés de leurs membranes, flottant à nu et suspendus à leurs cordons, étaient parfaitement isolés et comme disséqués. La position de ce malheureux était digne de pitié : heureusement qu'une fièvre adynamique survint et mit un terme à son existence.

Pénitis suite de la circoncision. — Un jardinier de Verteuilh, âgé de vingt et un ans nommé Pierre Bardou, était sujet à des inflammations fréquentes du prépuce, occasionnées par la trop grande longueur et l'étroitesse de son ouverture qui ne permettait pas de découvrir le gland. Pour se placer dans des conditions plus convenables, il subit la circoncision. Une inflammation intense se déclara, et bientôt une coloration sinistre annonça la gangrène. Ce malade entra dans cet état à l'hôpital Saint-André. Aucun remède ne put arrêter les progrès du mal. Le pénis tomba en totalité, une fièvre adynamique se déclara, et la mort mit bientôt un terme à la maladie.

Pénitis symptomatique.—Un homme de soixante-huit ans, nommé Pierre Labat, entra le 20 septembre 1838 à l'hôpital. Sa verge s'était spontanément sphacélée; les artères radiales de cet individu étaient ossifiées. Cet état anatomo-pathologique faisait penser que la gangrène de la verge était de la nature de celle qu'on nomme sénile. L'organe affecté tomba en mortification ; comme ses dimensions normales étaient considérables, il resta encore un moignon volumineux dépouillé de téguments. Je me proposais de tenter une autoplastie pour remédier à cette disposition lorsque le malade sortit de l'hôpital; il y rentra quelques jours après, mais ce fut pour mourir.

Pénitis gangréneuse.—Peut-on considérer dans tous les cas comme conséquence de la *pénitis* le sphacèle de la verge? Ne doit-on pas admettre que, sans un travail réellement inflammatoire, ce résultat puisse survenir? Je crois qu'il doit en être ainsi, surtout lorsque ce phénomène a lieu chez un vieillard qui présente de la faiblesse dans l'appareil circulatoire sanguin, et qui a probablement une altération dans les principes constitutifs du sang. Alors la lésion du pénis, tout en ayant l'apparence d'une inflammation, est réellement une gangrène essentielle, sèche, sénile, de la nature de celle qui, par prédilection, se développe aux orteils.

Gagnel, âgé de 60 ans, entra à l'hôpital le 14 août avec un sphacèle complet de tout le pénis. Voici la note qui fut recueillie par l'interne chargé du cahier de clinique : « Ce vieillard offre un sphacèle de la verge tout entière : elle a deux fois sa grosseur ordinaire, elle est dure, sèche et noire. Il y a une véritable gangrène sénile. Des incisions latérales sont pratiquées, des lotions astringentes et toniques sont faites sur les parties sphacélées. L'état du malade est fort grave. On ignore le commencement et la cause de son mal. Le 23 août, la verge s'est détachée en totalité. »

Il serait rationnel de rattacher le sphacèle spontané de la verge aux inflammations de cet organe,

Digitized by Google

s'il était vrai que les gangrènes séniles fussent le résultat de l'artérite, comme les travaux de savants médecins de Montpellier, notamment ceux de M. le professeur Dubrueilh, tendent à le prouver. Mais, certainement, ces phénomènes dépendent de toute autre cause que de l'inflammation des artères. Les expériences de M. Magendie, sur les phénomènes physiques de la vie, ont démontré que le sang éprouve des altérations ; qu'il perd dans certaines circonstances de sa coagulabilité. Chez les vieillards débiles, il en est souvent ainsi. C'en est assez pour que, dans les parties éloignées du cœur, organe d'impulsion, la circulation soit ralentie et devienne à la fin impossible ; alors, il y a arrêt des molécules sanguines dans les vaisseaux capillaires, et loin qu'un appareil inflammatoire s'établisse, et qu'il y ait exaltation des propriétés vitales, on voit la vie s'affaiblir et s'éteindre, et bientôt les parties sont frappées de mort. Les artères peuvent paraître rouges dans ce cas, c'est que le sang trop fluide a imprégné leurs parois par imbibition. Des phénomènes de cette sorte se sont opérés, sans doute, sur le malade dont il vient d'être fait mention. Si l'affection qu'il a offerte peut être considérée comme une pénitis, il est naturel de reconnaître que l'inflammation de la verge était de la nature de celles qu'on nomme *inflammations gangréneuses*.

Posthite, Balanite. — Les parties du pénis les plus exposées aux contacts, aux excitations diverses, devaient être celles où les accidents phlegmasiques se développeraient le plus fréquemment ; aussi le prépuce et le gland sont-ils souvent le siége d'un genre d'inflammation que M. Desruelle a désignée, avec justesse, sous les noms de *posthite* et de *balanite*.

C'est lorsque le prépuce est exubérant en longueur, que son orifice est étroit, et que, provoqué principalement par l'onanisme ou le coït dans ces dispositions, il survient des excitations, que l'on voit se déclarer une exaltation de la sensibilité, et des phénomènes inflammatoires qui constituent la posthite.

Le gland a de telles connexions avec le prépuce, qu'il se ressent de la lésion qu'éprouve ce dernier ; la membrane muqueuse s'étendant de l'un à l'autre, l'inflammation se propage par continuité de tissu, et alors il y a simultanément balanite, bien qu'il arrive que des irritations directes sur le gland l'enflamment séparément, et que son inflammation envahisse son enveloppe. La conformation qui empêche de découvrir librement le gland, qui rend difficile l'emploi des lotions nécessaires au maintien de la propreté, devient une cause de posthite et de balanite, que les moindres circonstances font bientôt développer. Nulle part il n'existe un plus grand nombre de cryptes sébacés que sur l'extrémité préputiale du pénis. Dès qu'une irritation s'est déclarée, le travail sécréteur de ces cryptes s'accroît énergiquement ; il y a une exsudation abondante. Ce n'est pas tout encore : le fluide acquiert de l'acrimonie. Il y a suintement muqueux puriforme : c'est la *blennorrhagie préputiale*. Que l'on considère, dans ce cas, le gland, le prépuce, à sa face interne, ils paraissent excoriés ; leur épithélium est enlevé ; ils offrent une ulcération qui très-souvent en impose, étant confondue avec des chancres vénériens.

La balanite, la posthite et la blennorrhagie bâtarde rentrent dans la même catégorie : l'une de ces affections est la conséquence de l'autre, quelle que soit celle dont l'invasion a précédé ; elles réclament le même mode thérapeutique. Lorsque ces accidents sont purement phlegmasiques, qu'ils sont indépendants de toute contagion, comme cela a lieu le plus fréquemment, il suffit d'user des moyens hygiéniques simples ; à peine quelques antiphlogistiques deviennent-ils nécessaires. Y a-t-il alors tant à se glorifier de guérir des maladies vénériennes sans l'emploi de spécifiques, et de fonder sur un résultat qui dépend essentiellement de l'œuvre de la nature, une doctrine thérapeutique ? Qu'on lave le prépuce et le gland avec de l'eau pure, qu'on interpose un corps étranger quelconque, de la charpie, par exemple, entre leurs surfaces respectives, la rougeur diminue, le gonflement disparaît, la chaleur et la douleur se dissipent, l'exsudation muqueuse s'arrête, la posthite, la balanite et la blennorrhagie préputiale se trouvent bientôt guéries.

Si toutefois l'irritation persiste, on peut user de bains antiphlogistiques divers, surtout quand il y a persévérance dans la cause du mal, et que la conformation des parties empêche le libre emploi des moyens ordinaires, suffisants dans la plupart des cas.

Traitement des adhérences balano-préputiales. —Lorsque la longueur du prépuce, jointe à l'étroitesse de son ouverture, a tenu le gland constamment recouvert, et que la négligence des personnes a été grande, que des tentatives n'ont pas été faites pour enlever la matière sébacée qui s'accumule, une inflammation a pu lentement s'établir et des adhérences s'être organisées entre le prépuce et le gland. Si, dans ce cas, un appareil phlegmasique se développe, il est difficile d'y remédier, car le meilleur de tous les moyens, qui est de mettre le gland à découvert, ne peut être employé ; alors, il y a suintement continuel, et le mal s'entretient et s'aggrave par lui-même. Qu'il serait inutile alors d'insister sur les antiphlogistiques ! qu'il serait absurde de recourir aux antisyphilitiques ! La médecine opératoire seule offre le remède souverain. Une incision doit être pratiquée sur le prépuce, les brides et les adhérences qui le fixent au gland doivent être détruites

Digitized by Google

à l'aide du bistouri; des pansements méthodiques étant faits, on prévient l'adhésion des parties respectives. C'est par l'opération du phimosis, par des procédés opératoires modifiés selon l'exigence des cas, ou par la circoncision, que l'on remédie à jamais à la balanite, à la posthite, et aux adhérences qui en sont le résultat.

Posthite, balanite avec phimosis.—Jean Boisson, âgé de 64 ans, entré à l'hôpital le 23 juillet, avait le prépuce enflammé, le gland très-gonflé; une exsudation purulente s'opérait par l'ouverture préputiale; les lotions, les bains, les délayants ne remédiaient point à cet état de choses. Il était impossible de ramener le prépuce en arrière du gland, pour user des moyens de propreté qui seuls triomphent dans la plupart des cas; il fallait combattre la disposition vicieuse qui entretenait le mal et mettait obstacle à la guérison. Je pratiquai la circoncision en enlevant deux petits lambeaux de prépuce, afin de produire une perte de substance en forme de V. Le gland étant découvert, parut comme chagriné par des ulcérations nombreuses; il était enduit de pus à demi concret; on eût cru à une ulcération vénérienne franche. Je signalai l'erreur dans laquelle on peut tomber en pareil cas, tant la similitude avec des affections chancreuses est grande; j'observai que je devais m'abstenir de tout remède antisyphilitique. Des lotions, des immersions adoucissantes, puis astringentes, des pansements pour entretenir la propreté: voilà tout ce qui fut mis en usage. Les ulcérations changèrent bientôt de physionomie; la matière muqueuse enlevée, on vit l'épithélium se reproduire et les ulcérations se cicatriser, de sorte que le malade fut parfaitement guéri, dans huit jours, d'une affection qui le tourmentait depuis longtemps.

Balanite avec blennorrhagie préputiale.—Jean Belliot, âgé de 24 ans, tailleur de pierres, entre à l'hôpital le 31 août; il était atteint d'un écoulement qui s'opérait par l'ouverture du prépuce; il sortait une mucosité verdâtre. Le gland fut mis à découvert. Il était excorié; on eût dit qu'il était le siége d'un ulcère syphilitique qui en faisait tout le tour. Je fis remarquer aux élèves cette disposition fallacieuse qui en impose de prime abord pour l'existence de la syphilis, et qui fait adopter aveuglément un traitement *spécifique*. J'annonçai que des moyens très-simples feraient dissiper rapidement une lésion grave en apparence; je conseillai l'interposition de charpie entre le prépuce et le gland. Bientôt l'exsudation se supprima, l'épithélium du gland se forma, et un écoulement, qui avait un aspect blennorrhagique, disparut par enchantement. On peut déduire de ce fait que les balanites ne sont fréquemment que des inflammations simples, résultant de défaut de soins hygiéniques et indépendantes de toute influence syphilitique.

Pseudo-chancre.—Pourquoi des ulcérations simples ne se déclareraient-elles pas sur les organes génitaux aussi bien que sur toute autre partie du corps? Il est tout naturel qu'il en soit ainsi, d'autant que ces organes sont exposés à diverses causes d'irritation: les frottements, le contact de l'urine, l'accumulation de matières sébacées entre le prépuce et le gland, etc. Dès qu'on aperçoit une élevure rougeâtre, une excoriation légère sur ces parties, on met en question si ce n'est pas un accident syphilitique, et trop fréquemment on résout à tort cette question par l'affirmative; une telle erreur est vraiment déplorable.

J'ai vu quelquefois de véritables furoncles se former sur la verge. A l'élevure du bouton, à sa dureté, on eût dit que c'était un chancre vénérien de l'espèce qu'on nomme *ulcus elevatum*. Le bourbillon était-il sorti, on voyait un *ulcère hunterien*; mais bientôt le fond s'élevait naturellement, les bords se rapprochaient, la guérison se faisait spontanément, l'illusion était détruite. Qu'un médecin soit appelé en pareil cas, il portera peut-être un jugement téméraire. Le malade se croira infecté de syphilis, et se soumettra avec une confiance aveugle aux funestes conseils qui lui seront donnés.

Si ce n'est l'effet d'un furoncle, c'est à la suite d'une petite phlyctène, d'une papule, d'un bouton, pour me servir du langage vulgaire, qu'on voit des ulcérations qui en imposent pour des chancres. Les malades invoquent, en pareils cas, leurs souvenirs; ils se demandent s'ils n'ont pas eu des rapports suspects; pour peu que leur crainte soit fondée, ils ne doutent point d'avoir contracté la syphilis.

Il est très-certain qu'il faut être singulièrement défiant pour ne pas embrasser l'erreur, tant la similitude est grande. Une excoriation au prépuce, à la couronne du gland, offre un centre grisâtre par le suintement du pus; les bords sont souvent à pic; il y a un peu d'élevure et d'induration. On est par conséquent enclin à décider que l'ulcération est syphilitique; mais, il faut se tenir sur ses gardes, et songer que ce peut n'être qu'un pseudo-chancre qui s'est déclaré par le coït ou indépendamment du coït.

L'expectation seule fixe invariablement le diagnostic; sans aucun moyen le symptôme s'évanouit. Une lotion, un pansement simple, activent la cicatrisation; et, lorsque un médecin expérimenté et consciencieux a cru de bonne foi à la contagion vénérienne, et que le malade a partagé cette croyance, l'horizon s'éclaircit, les nuages qui causaient de l'obscurité se dissipent, et l'on voit avec surprise et satisfaction que le mal est de nature bénigne.

Combien ne doit-on pas être prudent en pareil cas, et s'abstenir de ces moyens intempestifs qui défigurent les symptômes, les masquent, les rendent mé-

Digitized by Google

connaissables, laissent à la fois le médecin et le malade dans la perplexité, et font qu'il est impossible de fixer la mesure du traitement antivénérien s'il est nécessaire, ou de repousser ce traitement s'il est superflu !

Cristalline. — Sur quoi est basée la réprobation de ce mot. . . . .

. . . .

Ces idées sur la cristalline sont tout à fait erronées. Loin d'être un symptôme grave, c'est un symptôme d'une bénignité extrême; ce n'est pas même une affection vérolique, mais le simple produit d'une irritation locale. Willan et Bateman ont très-bien caractérisé cette affection, qu'ils ont nommée *herpes præputialis*. Un nombre infini de fois, j'ai remarqué la cristalline. Voici comment elle s'est offerte : de petites vésicules, qui s'établissent sur le prépuce, autour de la vulve, sont d'abord diaphanes; mais bientôt le fluide qu'elles contiennent devient opaque; ces vésicules se percent, se dessèchent; il se forme des pustules, puis des croûtes; qui, s'enlevant, laissent voir des ulcérations. Au début, il y a du prurit, puis une cuisson très-vive; les malades sont très-affectés lorsqu'ils n'éprouvent pas habituellement ce genre de lésion ; s'ils ont eu des rapports sexuels suspects, ils sont dans la conviction d'être atteints de la syphilis. J'ai été souvent consulté par des personnes qui, après avoir subi des traitements mercuriels, voyaient avec une grande peine la récidive d'une affection dont elles se croyaient à jamais guéries.

M. P. était de ce nombre. Il me présenta une multitude de petites vésicules transparentes qui le mettaient dans un tourment moral; il se croyait imprégné d'un vice syphilitique constitutionnel. Il avait eu recours à des médications arbitraires, employées dans la vue de détruire un vice qui n'existait pas; des cautérisations appliquées avaient souvent aggravé et défiguré les symptômes. M. P., dans la force de la jeunesse, renonçait à tous rapports sexuels tant il était pénétré de crainte : je le rassurai, je lui dis que son mal était de nature simple, que c'était un phénomène purement local, survenant à la suite de la plus légère irritation. J'annonçai que par de simples immersions, ou même sans cela, les vésicules se perceraient, que les ulcérations consécutives se cicatriseraient, et qu'il guérirait spontanément. Il en fut ainsi.

La cristalline n'exige aucun remède spécial; quelques antiphlogistiques, des pansements, suffisent. Qu'il est déplorable de voir l'erreur dans laquelle tombent beaucoup de médecins, qui prennent pour grave un phénomène léger, survenant périodiquement pour disparaître sans l'emploi d'aucun remède, et contre lequel cependant ils s'évertuent à déployer les ressources que présente l'art pour la guérison d'une vérole confirmée !

Adénite.—L'irritation du prépuce, du gland, de la verge en un mot, se transmet par la voie des vaisseaux lymphatiques aux ganglions inguinaux qui bientôt s'engorgent, s'enflamment, deviennent douloureux.

Le phimosis congénital, qui produit des accidents inflammatoires lorsque le gland devient le siége d'une exsudation muqueuse abondante, se complique aisément d'engorgements des glandes des aines. Les malades sont très-affectés de leur apparition, s'ils ont eu des communications suspectes, et il est vraiment difficile de se prononcer de prime abord, en pareil cas, pour décider de la nature intime de l'affection.

Jaumard, âgé de 18 ans, avait un phimosis de naissance; il fut pris inopinément d'une vive inflammation de la verge, les glandes des aines se tuméfièrent. Il avait eu des rapports sexuels; c'en était assez pour lui donner des inquiétudes. Il entra à l'hôpital. Je passai sous le prépuce une sonde cannelée; je pointai un bistouri dans la rainure de cet instrument, fis une incision linéaire à la face dorsale du prépuce, puis, à l'aide de ciseaux et d'une pince à disséquer, je fis deux petits retranchements latéraux, pour opérer une perte de substance, en forme de V. Le gland ainsi mis à découvert, il fut facile de faire des lotions, de panser les excoriations dont il était le siége. Cela suffit pour guérir les accidents inflammatoires qui constituaient le phimosis; cela suffit aussi pour guérir l'adénite, car l'engorgement inguinal disparut à mesure que l'inflammation de la verge se dissipait. C'est ainsi que souvent on croit traiter des maladies syphilitiques par des modificateurs locaux, pendant qu'on ne fait que remédier à de simples accidents inflammatoires.

Maladies organiques du pénis. — Si le grand nombre d'éléments d'organisation, si le haut degré de propriétés vitales disposent les parties aux affections pathologiques, le pénis devait y être surtout exposé; aussi le voit-on sujet à certaines lésions qu'on peut considérer comme organiques. Les matériaux de nutrition vicieusement élaborés y font développer des tissus accidentels, des dégénérescences de toutes sortes. On accuse en pareil cas le vice vénérien; c'est de lui qu'on s'efforce de faire dériver tous les symptômes : c'est avec raison quelquefois, mais aussi d'autres fois le mal provient de toute autre cause ; il peut résulter d'excitations diverses ; l'onanisme à l'excès est souvent l'agent producteur de graves phénomènes morbides. Des actions purement mécaniques peuvent également le déterminer. Il en est ainsi de certaines influences sympathiques qui dépendent de lésions des organes voi-

Digitized by Google

sins. Qui ne sait que la présence des calculs dans la vessie sollicite des tractions involontaires du pénis, que les malades exercent avec violence ?

Hypertrophie du prépuce. — Le pénis paraît avoir dans quelques cas des dimensions considérables, et toutefois l'apparence est illusoire. Ce sont le prépuce et le fourreau de la verge qui ont acquis seuls un développement accidentel. Ce n'est point une hypertrophie franche, car les tissus divers n'ont pas leur état normal d'organisation. Il y a toujours alors une altération quelconque.

Des causes diverses produisent cette affection : des excitations locales par l'abus de l'onanisme peuvent l'occasionner ; une irritation longtemps entretenue par le contact de l'urine, des affections syphilitiques en sont encore les agents déterminants. Il s'établit alors une organisation vicieuse par le séjour du sang et de la lymphe dans leurs vaisseaux respectifs, le tissu cellulaire s'épaissit, se durcit, il y a ce qu'on nomme *sclérème;* et lorsqu'une organisation nouvelle est constituée, elle demeure permanente. En vain on cherche par des modificateurs à faire circuler les fluides qui engouent les vaisseaux, à produire la résolution ; il y a tissu accidentel, hypertrophie ; ce n'est que l'ablation qui peut apporter un remède efficace.

Un enfant de 12 ans, nommé Adrien, était à l'hôpital Saint-André. Son pénis avait des dimensions extraordinaires pour son âge, celles d'un pénis d'adulte fortement constitué, et dans un état voisin de l'érection. Cet enfant paraissait se complaire dans cette disposition, et parfois en faisait parade. Je résolus de mettre un terme à sa vanité en le débarrassant de tout ce qu'il avait de superflu. On eût dit que j'allais couper une verge ras du pubis, lorsque je portai un bistouri près de son insertion à cet os. Je tranchai d'un trait. Le petit malade fut à la fois colère et capot, et les assistants furent agréablement surpris de voir un petit gland du volume du bout du doigt au centre d'une plaie, à bords épais, qui simulait le prépuce. C'est parce que je sentais la résistance qu'offrait le gland sur ce point que j'y posai le bistouri et que je tranchai hardiment.

Je citerais plusieurs faits semblables, mais ils ne serviraient en rien à éclairer sur la nature de cette affection. Je mentionnerai, toutefois, une hypertrophie qu'offrait un homme âgé de trente-sept ans, nommé Bégu, de Sainte-Foy, qui portait un hydrorachis énorme, et qui avait des calculs dans la vessie et une multitude de trajets fituleux. Son canal de l'urèthre était oblitéré ; il fallait cependant le traverser pour aller dans la vessie à la recherche des calculs. La verge avait de grandes dimensions : je reconnus que son volume n'était qu'apparent et dépendait de l'hypertrophie du prépuce et du fourreau. Pour pouvoir découvrir le méat urinaire, je débutai par la circoncision. Ceux qui ne pénétraient pas ma pensée, me voyant appliquer un couteau sur la verge, crurent que j'allais la trancher par le milieu. M. Rey, chef interne, m'avoua qu'il avait eu cette appréhension. Quelle fut la surprise quand on vit, la section étant opérée, le gland intact, entouré de la membrane muqueuse du prépuce, admirablement plissée autour de lui, et qui ressemblait parfaitement à une fleur radiée, comparaison ingénieuse que fit immédiatement M. Rey ! C'est encore parce que je sentais, à n'en pas douter, le gland sur le milieu de la longueur de la verge, que je tranchai avec hardiesse tout ce qui était en avant. Comme je voulais faire aux assistants une sorte de surprise, je leur avais laissé croire que je coupais la verge dans la moitié de sa longueur.

L'Expérience. — Janvier 1840.

Inflammation blennorrhagique du testicule et de ses enveloppes; abcès; Guérison; par le docteur D'Huc.

Les inflammations qui surviennent aux testicules à la suite des blennorrhagies ne sont pas rares ; mais ces inflammations se terminent ordinairement par résolution ou par des indurations de diverse nature. Comme elles sont rarement suivies de suppuration et d'abcès, il peut être utile de signaler des cas d'une pareille terminaison.

M. F...., âgé de quarante-neuf ans, marié et ayant plusieurs enfants, fut affecté d'un engorgement inflammatoire du testicule gauche des plus intenses. Il avait en même temps une blennorrhagie assez forte qu'il ne voulait pas avouer, et c'est par ce motif qu'il ne me fit appeler que le plus tard qu'il put.

Le 21 mars 1828, je trouvai le testicule engorgé et douloureux ; agitation, fièvre intense. Je pratiquai sur-le-champ une saignée ; je prescrivis de la tisane de chiendent édulcorée avec le sirop de gomme, des cataplasmes émollients, un demi-bain d'eau de son et la diète.

Le lendemain, nulle diminution dans les symptômes inflammatoires, constipation. Application de quarante sangsues, bain, tisane, cataplasme ; pour le soir, lavement émollient.

Le 23, léger amendement, moins de fièvre : le malade a mieux dormi ; mêmes prescriptions à l'exception des sangsues.

Le 24, insomnie, douleurs très-violentes ; nouvelle application de trente sangsues, demi-bain, cataplasme, lavement, tisane, diète.

Les 25 et 26, fièvre intense, agitation extrême,

Digitized by Google

douleur testiculaire toujours très-aiguë, céphalalgie; saignée, bain, tisane, cataplasme.

Le 27, moins d'agitation, mais toujours douleur très-vive dans le testicule ; nouvelle application de vingt sangsues, qui ne produit aucun résultat avantageux. Tout annonce l'existence d'un foyer de suppuration.

Je craignis que l'abcès ne se fût formé sous la tunique albuginée et dans l'intérieur même du testicule, mais mes craintes furent bientôt dissipées. Les jours suivants, la peau des bourses s'enflamma, s'amincit, se perfora et donna issue à du pus de bonne nature.

L'ouverture étant suffisamment grande, le foyer se vida facilement, les parois se rapprochèrent, la plaie se cicatrisa, et le malade guérit parfaitement, en conservant son testicule en bon état.

Je crus devoir cependant lui faire suivre un traitement mercuriel, et depuis cette époque il a toujours joui d'une bonne santé.

Revue médicale. — Janvier 1840.

Considérations thérapeutiques sur les tumeurs parotidiennes et leur extirpation; par F.

La région parotidienne est souvent envahie par des tumeurs, dont l'extirpation a toujours effrayé avec juste raison le praticien. En effet, dès que ces tumeurs pénètrent du côté du pharynx, entre le bord postérieur de la mâchoire et le devant du muscle sterno-mastoïdien, elles se trouvent mêlées à tant de vaisseaux, à tant de nerfs, que le danger de les enlever ne peut être révoqué en doute. Comment pénétrer jusqu'à la face interne des amygdales sans léser le nerf facial, les artères carotides, les veines jugulaires, sans craindre même de blesser le nerf pneumo-gastrique, le grand hypoglosse, et jusqu'au grand sympathique? N'est-ce pas une des régions où l'on peut craindre encore l'introduction de l'air dans les veines, cet accident si grave, qui peut tuer en quelques minutes l'homme le plus robuste? Une opération de ce genre, où tant de causes de malheur ont été évitées, a été pratiquée, il y a quelques jours, à l'hôpital de la Charité, par M. Velpeau, sur un homme robuste, âgé de trente-trois ans, couché au n° 30 de la salle Sainte-Vierge.

Cet homme a toujours vécu à la campagne et n'a jamais été sérieusement malade. Il y a quinze mois environ, il s'aperçut de l'existence d'une petite glande au-dessous de l'oreille gauche. Cette tumeur prit successivement un accroissement insensible, et se développa au point qu'elle était parvenue au volume d'une petite tête de nouveau-né, lors de son entrée à l'hôpital. Cette tumeur, dure, bosselée, indolente, sans changement de couleur à la peau, formant un relief considérable en dehors, s'étendant depuis la rainure mastoïdo-auriculaire jusqu'au niveau du cartilage thyroïde de haut en bas, et depuis le bord antérieur du masséter jusqu'au bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, qu'elle soulevait d'avant en arrière; profondément elle s'enfonçait jusqu'au pharynx qui en était refoulé, et dont les fonctions commençaient à être troublées. Sa mobilité n'était pas douteuse du côté de la peau, mais profondément il était difficile de l'ébranler.

Ayant examiné avec soin cette tumeur, s'étant convaincu qu'elle n'était ni un squirrhe, ni une masse cérébriforme, ni une tumeur mélanique, ni une tumeur colloïde, qu'elle n'appartenait, en un mot, à aucune variété des tumeurs cancéreuses, M. Velpeau se demanda s'il était permis de regarder comme possible la disparition, sans opération, d'une semblable masse. Considérant qu'elle n'avait aucun des caractères du tissu tuberculeux proprement dit, et qu'elle n'appartenait certainement pas à la classe des kystes ou des abcès, il fut naturellement porté à résoudre la question par la négative. Il n'y avait donc plus de choix qu'entre l'abandon total du malade et une opération fort dangereuse. Abandonner un malade jeune et robuste aux progrès inévitables d'une lésion plus ou moins promptement mortelle est bien difficile, quand on croit posséder un remède, quelque dangereux qu'il soit, capable de le guérir. Tous les organes étant sains chez ce malade, aucune fonction des cavités splanchniques n'étant troublée, M. Velpeau pesa avec attention les chances bonnes et mauvaises de l'opération. Il ne se dissimula rien. Le nerf facial devait traverser la tumeur ; sa division devait entraîner une paralysie du côté correspondant de la face; la carotide externe, ou même la carotide interne pouvaient être lésées, d'où devait suivre la ligature de ces gros troncs artériels; la veine jugulaire interne pouvait aussi être atteinte, et il y avait à songer à l'introduction de l'air dans les veines. Cette opération était donc des plus délicates, douloureuse et longue. Avant de l'entreprendre, M. Velpeau en fit entrevoir en partie la gravité au malade; mais celui-ci voulut absolument en courir les chances, et montra une telle résolution et un tel courage, que la main du chirurgien fut en quelque sorte forcée.

L'opération a été pratiquée le 22 janvier. Une incision en demi-lune, à convexité postérieure, fut d'abord pratiquée depuis la base de l'apophyse mastoïde jusqu'au niveau du cartilage thyroïde; la dissection permit de relever le lambeau circonscrit par cette incision d'arrière en avant, jusque sur le milieu de la face, et de découvrir complétement la tumeur. Pendant qu'un aide tirait cette tumeur en avant au moyen d'une érigne double, M. Velpeau la disséqua

Digitized by Google

et la dégagea de dessous le muscle sterno-mastoïdien en arrière; en ayant dégagé l'extrémité inférieure de la région sus-hyoïdienne, et du côté du larynx par en bas, il procéda à l'isolement de sa portion massétérine; la tirant ensuite par en bas, il put la détacher de la région auriculaire. Se servant du doigt indicateur en même temps que du bistouri pour en isoler les régions profondes, il parvint à ménager le nerf facial, l'artère maxillaire interne, l'artère temporale; puis glissant son doigt plus profondément encore du côté du pharynx, il en obtint l'énucléation en déchirant plutôt qu'en coupant les lamelles cellulo-fibreuses qui l'unissaient aux gros vaisseaux, de manière que cette énorme masse fut entièrement enlevée sans donner lieu à aucune hémorrhagie artérielle, si bien qu'une grosse veine seule nécessita une compression un peu forte pour mettre un terme à l'écoulement du sang. Aucune ligature ne fut nécessaire; on remplit la plaie de boulettes molles de charpie, le lambeau en demi-lune fut rabattu par dessus, et l'on maintint le tout à l'aide d'un simple bandage.

Le malade, qui ne proféra pas le moindre cri pendant cette douloureuse opération, n'a éprouvé depuis ni fièvre ni aucun autre accident. Les pièces de l'appareil ont été enlevées le second, le troisième et le quatrième jour. Toute la plaie, au fond de laquelle on distinguait tous les gros vaisseaux à nu, s'est promptement modifiée; on a bientôt pu en rapprocher complétement les parois; et aujourd'hui, trentième jour de l'opération, le malade se trouve entièrement guéri, sans aucune difformité du visage, et portant une simple cicatrice linéaire dans la région parotidienne.

En pratiquant cette opération, M. Velpeau a été enhardi par le résultat de son expérience, relativement à l'extirpation des tumeurs sous-hyoïdiennes et parotidiennes. Cette opération, bien qu'une des plus délicates et des plus dangereuses de la chirurgie, est pourtant, dit-il, une de celles dans lesquelles il a le plus constamment réussi. Sur une vingtaine d'exemples, il affirme qu'aucun des malades n'a succombé; la plupart ont rapidement guéri; chez quelques-uns seulement, la maladie a repullulé plus tard.

Il ne faut pas confondre, en effet, les tumeurs de la région parotidienne avec les tumeurs cancéreuses proprement dites. Les auteurs ont beaucoup parlé de cancers de la parotide, de l'extirpation complète ou incomplète de cette glande; chaque année encore on publie dans les journaux de nouveaux exemples d'extirpation complète de la parotide; mais M. Velpeau, qui a rassemblé plus de quatre-vingts faits de cette espèce dans son *Traité de médecine opératoire*, soutient qu'on s'est généralement fait illusion sur ce point. A l'en croire, la parotide elle-même n'est presque jamais le siége primitif de dégénérescences qui nécessitent de grandes opérations. Presque toutes les tumeurs dont on parle appartiennent aux ganglions lymphatiques de la région sous-auriculaire. Ces ganglions, qui existent en grand nombre dans le tissu parotidien proprement dit, qui se voient dans la profondeur de la rainure carotidienne, et sous le muscle sterno-mastoïdien, sont si sujets aux engorgements et revêtent une forme, un aspect qui les rapprochent tellement, dans certains cas, des tumeurs cancéreuses, qu'il est bien permis de s'y méprendre quelquefois. Toutes ces tumeurs se montrent avec un aspect bosselé, inégal; tantôt leur tissu est mollasse, rougeâtre, absolument analogue aux ganglions lymphatiques hypertrophiés; tantôt, au contraire, on en trouve les bosselures parsemées de grumeaux tuberculeux, caséeux, purulents; ce sont des ganglions grisâtres, infiltrés dans le tissu jaune ou rouge, qui en forme la base; ce sont de petits foyers séreux, grisâtres, grumeleux, bleuâtres, plus ou moins purulents; dans certains cas enfin, ces tumeurs sont ulcérées avec des fongosités, des sortes de champignons à l'extérieur, comme dans d'autres circonstances on les trouve dures et comme fibreuses, sans qu'il y ait pour cela à douter le moins du monde de leur nature primitivement lymphatique.

Or, que de pareilles lésions débutent par les ganglions du tissu parotidien, et il sera difficile de ne pas se faire illusion à leur sujet, de ne pas croire que c'est la parotide elle-même qui est malade, que c'est la parotide proprement dite qu'on a extirpée. L'erreur est si difficile à éviter que, dans un cas, M. Velpeau, disséquant sur la table la tumeur après l'avoir enlevée, fut longtemps à discuter le pour et le contre avec les personnes qui l'assistaient, avant d'oser se prononcer, avant de pouvoir dire que le tissu qui était sous ses yeux appartenait à la parotide plutôt qu'aux ganglions lymphatiques. Il faut conclure, en conséquence, que les prétendues extirpations de la parotide doivent s'entendre de tumeurs primitivement ganglionaires qui ont envahi la région parotidienne. Cette remarque a une grande valeur pratique, attendu que, par suite de ses rapports naturels, la parotide ne pourrait pas réellement être extirpée en entier, sans que le nerf facial et tous les vaisseaux profonds du cou fussent divisés, tandis que dans l'autre espèce, la tumeur, quelque volumineuse, quelque profonde qu'elle soit, peut avoir refoulé, écarté, aplati ces divers organes, et en être détachée par tractions, à l'aide des doigts, de manière à ce que l'opération n'en entraîne pas inévitablement la lésion.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Février 1840.

—

Digitized by Google

Sur des appareils nouveaux employés dans le traitement des fractures, et spécialement dans celles des parties supérieures du fémur et de l'humérus : par M. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Lorsque dans une fracture de la partie moyenne de la jambe, l'on applique un bandage roulé et amidonné, s'étendant depuis l'extrémité des orteils jusqu'au-dessus du genou, et que le bandage fendu à la manière de M. Seutin sur toute sa partie antérieure a été entouré de courroies circulaires qui permettent de le serrer et de le desserrer à volonté, on construit un appareil qui offre des avantages multipliés :

1° Il a prise dans une étendue suffisante sur le fragment supérieur et sur le fragment inférieur.

2° Il se moule sur les formes du pied et de la jambe, et dès lors peut les comprimer et les maintenir dans la rectitude sans lui faire subir de pressions douloureuses.

3° Sa légèreté lui permet de suivre le membre dans tous les mouvements que peut exécuter le malade, que celui-ci s'assoie ou se couche dans son lit, se penche à droite ou se penche à gauche.

4° Il assure l'immobilité pendant toute la durée du traitement, même dans le cas où l'on visite la fracture et où l'on veut serrer ou desserrer le bandage ; car pour examiner la fracture, il suffit d'écarter latéralement les deux parois de la gouttière, tout en laissant le membre soutenu sur sa face postérieure et sur ses deux faces latérales ; et pour serrer ou desserrer le bandage, d'agir sur les courroies circulaires qui l'entourent de distance en distance.

5° Enfin, dans le cas où une inflammation aiguë oblige à suspendre la compression, il permet encore d'assurer les rapports exacts entre les fragments ; car ceux-ci peuvent à peine se déplacer dans la gouttière profonde qui les reçoit, lors même que cette gouttière ne les comprime point avec force.

Malgré ces avantages si nombreux que je me plais à reconnaître dans l'appareil de M. Seutin pour les fractures de jambe et même pour les fractures de la partie inférieure du fémur, je ne puis considérer cet appareil comme satisfaisant à toutes les exigences.

L'avantage si important qu'il offre, lorsqu'il a été fendu, de permettre l'examen du membre en quelques instants, et sans produire le plus léger déplacement, et surtout celui d'assurer, dans le cas d'inflammation aiguë, l'immobilité sans la compression, n'existe qu'à partir du moment où on l'a fendu sur toute sa longueur. Or, cette fente ne peut être faite que lorsque l'appareil a été desséché, et cette dessiccation suppose au moins deux à trois jours si l'on applique quatre à cinq bandages roulés les uns sur les autres, ce qui est indispensable pour que la réunion de ces bandages représente par sa solidité de véritables attelles postérieures et latérales. Or, si l'on ne peut examiner le membre dans les jours qui suivent la fracture, et si, dans ces premiers jours, l'on ne peut assurer l'immobilité sans la compression, les avantages principaux du bandage de M. Seutin manquent précisément à l'époque où ils étaient nécessaires.

On voit, d'après cela, qu'un appareil de fracture de jambe qui réunirait tous les avantages de celui de M. Seutin, mais qui les offrirait réunis dès le premier moment de son application, serait préférable au bandage amidonné. Les gouttières en fil de fer de M. Mayor, en y ajoutant, comme je l'ai fait, des prolongements antérieurs qui leur permettent d'entourer la totalité du membre, satisfont à cette condition importante, et me paraissent offrir, sous ce rapport, une supériorité réelle.

Je suis entré dans ces détails sur les méthodes nouvelles qui prennent de plus en plus faveur dans le traitement des fractures de la jambe, pour faire sentir :

1° Leur supériorité sur les méthodes anciennes ;

2° La nécessité d'abandonner ces dernières dans le traitement des fractures qui avoisinent le tronc, et d'appliquer à ces fractures des méthodes, sinon identiques, du moins analogues à celles que nous venons de rappeler pour les fractures de la jambe.

La supériorité des méthodes nouvelles sur les méthodes anciennes qui se composent de bandes roulées ou séparées, de coussins de balles d'avoine et d'attelles inflexibles se démontrent rigoureusement pour les fractures de la jambe par les considérations qui suivent :

1° Les attelles droites et inflexibles qui forment la partie solide des appareils anciens, ne se moulent point sur le membre, et dès lors font souffrir les malades, si leur pression s'exerce avec une certaine force.

2° La pesanteur de ces appareils ne leur permet pas de suivre les mouvements du tronc, qui, se communiquant toujours au fragment supérieur, peuvent faire mouvoir celui-ci sur le fragment inférieur avec lequel il devrait cependant conserver des rapports fixes.

3° Quand le membre est entouré d'un bandage de Scultet ou d'un bandage roulé, on ne peut l'examiner qu'autant qu'on le dépouille de tous ces bandages, ce qui nécessite beaucoup de temps et expose à des mouvements dangereux.

4° Si l'on veut seulement augmenter ou diminuer la constriction, il faut défaire et refaire l'appareil en entier.

5° Enfin, par le moyen des bandages, l'on n'assure l'immobilité qu'autant que l'on comprime le membre

Digitized by Google

et qu'on le soustrait à l'observation. Dans ces conditions défavorables, la crainte d'augmenter l'inflammation et de produire la gangrène en mettant une fracture en appareil aussitôt après qu'elle a été produite, ont engagé des praticiens judicieux à différer l'application des moyens contentifs, jusqu'à ce que l'inflammation soit dissipée. Cette conduite, prudente sous un rapport, est nuisible sous un autre, car elle ne s'oppose pas à la mobilité des fragments, et celle-ci entretient des douleurs et de l'inflammation dans les parties qui entourent la fracture, de telle sorte qu'en se servant des appareils anciens, l'on a des inconvénients à craindre, quelle que soit la conduite que l'on tienne aussitôt après l'accident. On doit craindre d'augmenter l'inflammation, si l'on applique le bandage, et de laisser les fragments mobiles si on ne l'applique pas. Toutes ces difficultés disparaissent dès qu'on se sert des appareils qui maintiennent l'immobilité tout en permettant de ne point exercer la compression, et à l'aide desquels on peut examiner le membre avec facilité en quelques instants, et sans lui imprimer aucun mouvement. Ces appareils sont, pour les fractures de jambe, les gouttières de M. Mayor ou de M. Munaret, avec quelques modifications que je crois nécessaires et que j'indiquerai.

La nécessité d'abandonner les méthodes anciennes dans le traitement des fractures qui avoisinent le tronc, et particulièrement dans celles de la partie supérieure du fémur, résulte de tous les vices qui leur sont communs avec les appareils anciens destinés aux fractures de jambe, tels que l'impossibilité d'observer la fracture, de ne pouvoir serrer ou desserrer le bandage sans enlever et réappliquer celui-ci en entier, d'être obligé de revenir souvent à la même application, et de comprimer toujours pour assurer l'immobilité; mais un inconvénient grave qui leur est attaché, et que n'ont pas les appareils usités dans les fractures de jambe, c'est qu'au lieu d'agir comme ces derniers sur les deux fragments, ils ne fixent avec solidité que le fragment inférieur, tandis que celui-ci est attaché en quelque sorte au lit par la pesanteur de l'appareil qui l'entoure, le fragment supérieur suit tous les mouvements du bassin, et se déplace avec celui-ci, soit lorsqu'on donne le vase au malade, soit lorsqu'on soulève le tronc pour des soins de propreté, soit enfin lorsque le malade se penche à droite ou à gauche, en avant ou en arrière. De ces conditions défavorables résultent, entre les fragments, des mouvements continuels qui expliquent suffisamment le temps si long qui est nécessaire à la consolidation, lorsque celle-ci peut se faire, et le défaut de cette consolidation dans des cas malheureusement trop nombreux.

Pour remédier à ces inconvénients, le bandage amidonné, les attelles de M. Mayor sont également impuissantes; elles ne font pas plus que les appareils de Desault et de Boyer un seul tout du tronc et du membre malade; et dès lors sont impuissantes à assurer l'immobilité, condition première du traitement des fractures; une réforme complète était ici nécessaire : j'essaierai de faire comprendre comment je crois y être parvenu.

Appareils pour les fractures de la partie supérieure du fémur (1).

Pour transporter aux fractures de la partie supérieure du fémur tous les avantages successivement signalés dans les appareils de M. Seutin, et surtout dans celui de M. Mayor, pour les fractures de jambe, il fallait, en y ajoutant l'extension et la contre-extension, remplir les conditions suivantes :

1° *Assurer l'immobilité du fragment supérieur aussi bien que celle du fragment inférieur.*

Comme on ne peut fixer le fragment supérieur que par l'intermédiaire du bassin, et que l'on ne peut prévenir les mouvements du bassin qu'en empêchant ceux de latéralité et de flexion de la colonne vertébrale, on voit qu'un appareil qui assure l'immobilité parfaite dans les fractures de la cuisse doit embrasser le bassin, l'abdomen, et même une partie de la poitrine. Je suis arrivé aisément à ce but en prolongeant la gouttière qui embrasse le membre malade jusqu'au-dessous des deux aisselles, et en la disposant de manière à entourer les parties postérieures et latérales du tronc, comme le ferait un vêtement exactement appliqué sur celles-ci.

2° *Disposer l'appareil de manière à ce qu'il se moule exactement sur le membre malade, le bassin et l'abdomen.*

L'utilité de ce but est évidente. On verra plus loin, quand je parlerai de la construction, comment je suis parvenu à l'atteindre.

---

(1) Dans tout ce que je vais dire sur le traitement de la partie supérieure du fémur, je suppose que le membre fracturé est étendu et dans la direction de l'axe du tronc. Dans un mémoire publié l'année dernière dans la *Gazette médicale(Encyclographie)*, je crois avoir démontré, par des raisons aussi solides que nouvelles, la nécessité d'abandonner la position demi-fléchie et de revenir à la position étendue. Cette conclusion a soulevé des attaques auxquelles j'ai négligé de répondre, car elles prouvaient seulement que les auteurs de ces attaques n'avaient point répété mes expériences, médité les considérations que j'avais présentées sur l'action musculaire, et qu'ils étaient restés sur le terrain ordinaire de cette discussion, au lieu de me suivre sur le terrain nouveau où l'avait transportée la découverte de l'influence du mouvement des articulations sur la position des fragments.

Digitized by Google

3° *Assurer l'immobilité même dans les mouvements qu'exécute le tronc.*

Ces mouvements sont souvent nécessaires, soit qu'on place le vase au-dessous du malade, soit qu'on change les draps sur lesquels il repose. Pour empêcher qu'ils ne se communiquent à la fracture, il faut faire une seule pièce du tronc et du membre malade, et lorsqu'un déplacement est indispensable, les enlever l'un et l'autre horizontalement et en totalité. On conçoit sans peine comment la gouttière profonde, qui s'étend de l'extrémité des pieds jusqu'au-dessous des aisselles, et qui, à la manière d'un pantalon, se moule sur toutes les parties qu'elle entoure, fasse un seul corps du tronc et du membre malade, pourvu qu'elle ait une solidité suffisante. L'on prévoit aussi sans peine que, si on soulève obliquement cet appareil de telle sorte que, les pieds restant fixes, le bassin et l'abdomen soient seuls élevés, le bassin glissera vers les pieds, et que, pour éviter cet inconvénient, il faille soulever le malade horizontalement : c'est à quoi je suis parvenu, en fixant à l'appareil, sur les côtés du genou et de l'abdomen, des cordes qui vont se rendre à une moufle placée au-dessus du lit ; à l'aide de cette disposition, il suffit que le malade tire sur la corde qui descend de la moufle, pour se soulever horizontalement et en totalité.

J'ai supposé jusqu'ici dans ma description que l'appareil n'embrasse que le membre malade, le bassin et l'abdomen ; mais, si l'on se représente le soulèvement horizontal de tout ce système, on voit que la jambe du côté sain n'est pas soutenue convenablement, et que les appareils doivent vaciller par suite de l'inégalité qu'ils présentent. Aussi, tous ceux que je fais construire aujourd'hui ont-ils deux gouttières, l'une pour le côté sain et l'autre pour le côté malade. Ainsi disposés, ils ont du reste l'avantage de servir indifféremment à des fractures du côté droit et à des fractures du côté gauche : j'en ai un entre autres qui a été appliqué à quatre malades. Le premier de ces malades avait des fractures de cuisse des deux côtés, et les trois autres, une fracture unique à droite ou une fracture unique à gauche.

4° *Permettre l'observation du membre, sans exiger de perte de temps et sans faire subir aucun déplacement.*

On atteint ce but en fendant l'appareil en avant sur toute sa longueur, et en donnant aux parois antérieures et latérales assez de flexibilité pour s'éloigner à volonté de l'axe de la gouttière.

5° *Permettre d'exercer une compression circulaire, et de la graduer à volonté.*

Des courroies placées de distance en distance, circulairement et autour de chaque membre, suffisent pour atteindre ce but.

6° *Maintenir l'immobilité sans exercer la compression, si cette dernière est dangereuse ; et permettre des pansements, si la fracture est compliquée de plaies.*

On assure l'immobilité sans la compression, en desserrant simplement l'appareil. Le membre et le tronc ne peuvent se déplacer dans la gouttière, qui continue à les soutenir en arrière et sur les côtés, même après que la constriction a été suspendue. On peut faire des pansements lorsque la fracture est compliquée de plaies, en pratiquant à l'appareil une large ouverture vis-à-vis la plaie, et fermant cette ouverture par un volet mobile sur une charnière. Ce moyen m'a parfaitement réussi dans un cas où la plaie, qui compliquait une fracture de cuisse, avait plus d'un pied de long : elle était en grande partie la suite de débridements nécessités par des abcès musculaires.

Un appareil construit d'après les idées que je viens d'exposer réunirait, pour une fracture du col du fémur, des conditions aussi favorables que celles que nous avons signalées dans les appareils de MM. Seutin et Mayor, pour les fractures de jambe ; mais il n'empêcherait pas, lorsque la fracture est au-dessous du grand trochanter, le fragment supérieur de se porter en avant et en dehors, et ne préviendrait pas le chevauchement, si à craindre dans toutes les fractures du fémur.

Pour empêcher dans les fractures sous-trochantériennes le déplacement en avant et en dehors du fragment supérieur, il ne suffit pas que les parois latérales de la gouttière, également mobiles, puissent comprimer circulairement le membre. Il faut que, la paroi interne étant fixe, et la paroi externe et antérieure seule mobile, celle-ci rapprochée de la première, pousse en dedans et en arrière le fragment supérieur. Cette disposition est nécessaire même dans les fractures de la partie inférieure de la cuisse, pour lesquelles peut suffire un appareil borné au membre inférieur.

Pour prévenir le chevauchement, il est nécessaire de fixer avant tout le bassin avec solidité, et, pour que les pressions que nécessite cette fixité ne soient pas douloureuses, de multiplier les points de contact entre le bassin et l'appareil. Ces points de contact, à l'aide des moyens que j'emploie, sont :

1° Toute la paroi postérieure du bassin qui repose sur la concavité de l'appareil et y est retenu par le poids du tronc ; 2° les parties latérales du bassin sur lesquelles la gouttière peut exercer une pression plus ou moins forte ; 3° les deux branches ascendantes du pubis, que retiennent les extrémités supérieures de chacune des gouttières qui entourent les cuisses. Ces pressions multipliées préviennent toute descente du bassin, et cette répartition aussi générale de la contre-extension empêche toutes pressions douloureuses.

Digitized by Google

Pour tirer sur le membre inférieur pendant que le bassin est fixé, il faut d'abord saisir le membre inférieur; et ce n'est pas sans quelques difficultés qu'on parvient à le saisir solidement sans lui faire éprouver de douleurs, et sans être obligé de réappliquer l'appareil pendant toute la durée du traitement.

On peut cependant atteindre ce but au moyen d'une chaussette qui s'étend depuis l'extrémité du pied jusqu'au-dessous du genou, et qui, fendu à sa partie inférieure, permet de recevoir le membre, et peut être serrée à volonté autour de lui à l'aide de quelques courroies. Lorsque cette chaussette est placée, on conçoit qu'il suffise d'attacher une boucle à son extrémité, et à cette boucle une corde supportant un poids, pour que l'extension continue soit exercée sur le membre malade. Du reste, pour prévenir la réascension du fragment inférieur, on peut serrer l'appareil extérieur sur la chaussette, et assurer ainsi la plus parfaite immobilité. Je dois faire remarquer ici que, pour faciliter le passage des lacs extensifs, et pour s'adapter à des tailles très-variées, le grand appareil n'a point de sous-pieds, et se termine en présentant deux ailes latérales.

Le lecteur qui a suivi le rapprochement que je viens d'établir entre les conditions que doit présenter un appareil convenable pour le traitement des fractures de la partie supérieure du fémur, et les moyens que j'ai cru devoir adopter pour remplir ces conditions, doit se représenter l'appareil que je me propose de lui faire connaître comme un pantalon fendu sur toute sa partie antérieure, solide en arrière, flexible sur les côtés, et servant d'attache au niveau du genou et des épines iliaques, à des cordes qui vont se rendre à une moufle placée au-dessus du malade, et qui sert à celui-ci à s'enlever horizontalement et en totalité. On voit que, tandis que le bassin est solidement fixé, le membre inférieur, saisi par une chaussette et tiré à l'aide d'un poids, ne peut remonter vers les parties supérieures. Sans doute il se laisse aller à cette conviction qu'un appareil de ce genre remplit parfaitement toutes les indications qu'exige le traitement rationnel des fractures du col du fémur; mais il se demande comment peut être construit un semblable appareil, comment on peut éviter la gêne douloureuse qu'il semble devoir produire, et, avant de l'adopter, il veut savoir quel a été le résultat de cette application. Ce sont ces questions auxquelles je dois à présent répondre, ce sont ces craintes que je dois détruire.

Dans le principe, j'empruntai à M. Mayor l'idée de construire mes appareils en fil de fer, et l'on donna à celui-ci les courbures approximatives qui paraissaient le mieux s'adapter aux formes du corps; mais, lorsque je vis que les appareils ainsi construits réussissaient, qu'ils étaient demandés par un grand nombre de médecins, je conçus la nécessité de rendre leur fabrication plus précise et plus facile. Je fis alors construire des statues en bois de diverses grandeurs, comprenant la poitrine, l'abdomen, le bassin et les deux jambes; celles-ci, parfaitement étendues sur le tronc, étaient tenues écartées de 20 à 24 centimètres pour un adulte. En moulant, en quelque sorte, sur ces statues le grillage en fil de fer, l'on put donner à celui-ci les formes les plus convenables, en le recouvrant d'une couche épaisse de crin, maintenue par un coutil solide, éviter toute pression douloureuse. Désirant toutefois une construction plus facile et plus économique que celle en fil de fer matelassé, je fis faire, toujours sur les statues de bois, des appareils en cuir de vache, auxquels on conservait toute sa solidité en arrière, et que l'on rendait plus flexible au-devant; mais ce moyen ne résolvant pas complétement le problème d'économie que je m'étais proposé, je pensai à mouler sur les statues du carton et non du cuir. Je fus arrêté un instant dans l'exécution de cette idée par l'absence d'ouvriers, à Lyon, occupés de moules en carton; mais je ne tardai pas à voir que cette fabrication devait être très-facile, en superposant les unes sur les autres des bandes de papier collé, ainsi que l'a fait M. Laugier pour son bandage de papier amidonné. On comprend combien la réalisation de cette idée a été facile. Pour construire l'appareil tout entier, on couvre la statue d'une couche de papier; sur cette première couche on en colle une seconde, lorsque celle-ci est sèche, une troisième, puis une quatrième, ainsi de suite, jusqu'à ce que le carton ait une épaisseur suffisante, ce qui nécessite au moins trois à quatre jours, la dessiccation obligeant de mettre un intervalle entre les diverses applications. Cette grande gouttière, fendue en avant sur toute sa longueur, est détachée de la statue; on la matelasse en dedans avec du coton piqué, et on la fortifie en dehors par quatre bandes de fer, dont deux, longitudinales, passent derrière les membres et le tronc, et deux autres transversales servent à fixer les cordes.

Les résultats pratiques obtenus de l'emploi de ces appareils, qui m'ont déjà servi à traiter huit fractures du fémur, sont des plus avantageux. Aux trois faits que j'ai cités avec détail dans la *Gazette Médicale* (année 1839), et parmi lesquels je dois placer en première ligne la guérison de fausses articulations, à la suite de fractures des deux cuisses, je pourrais en ajouter plusieurs autres encore. Je citerai surtout celle d'une dame, femme d'un médecin du village d'Ambérieux, aux environs de Lyon. Cette malade fut d'abord mise dans le plan incliné, mais un mois après l'accident on remplaça cet appareil par celui que je viens de décrire, et bien que les pressions exercées par quelques parties où le fil de

fer n'était pas suffisamment rembourré, aient déterminé des douleurs vives et des excoriations, la malade a guéri sans raccourcissement.

Je dirai aussi un mot d'un homme tombé d'un sixième étage dont la fracture était vers le milieu du fémur. La contusion violente qu'il avait reçue sur le côté de la cuisse, détermina un vaste abcès qui fut incisé dans toute son étendue et dont l'ouverture avait quinze pouces et demi de longueur. Ce malade fut plusieurs jours dans le délire, et pendant les seize premiers jours qu'il fut pansé avec l'appareil de Desault, il exécuta des mouvements continuels qui augmentèrent le déplacement déjà très-considérable. Du moment où il fut placé dans l'appareil qui avait prise sur le tronc aussi bien que sur les membres inférieurs, les fragments furent maintenus dans des rapports constants. Une large fenêtre placée sur le côté externe de l'appareil dans toute l'étendue occupée par la plaie, ouverte ou fermée à volonté, à l'aide d'un grillage en fil de fer qui était disposé comme un volet, permit de faire tous les pansements sans qu'on imprimât aucun mouvement à la fracture. Celle-ci s'est parfaitement consolidée, avec raccourcissement il est vrai. Cette guérison était inespérée, et fit comprendre l'utilité de l'appareil à tous ceux qui furent témoins du résultat, et parmi lesquels plusieurs s'en étaient montrés d'abord les adversaires. Le raccourcissement dépendit en grande partie de l'imperfection de l'appareil qui fut construit à la hâte, à l'époque où nous n'avions pas l'idée d'employer des statues, et avec un grand nombre d'imperfections dues à la maladresse de l'ouvrier qui fut chargé de ce travail. Avec des appareils tels que je les fais exécuter aujourd'hui, de semblables raccourcissements ne sont plus à craindre, et si je n'ose dire qu'on doive guérir à leur aide sans raccourcissement toutes les fractures du fémur, je suis convaincu par l'expérience que, lorsqu'on peut établir avec les mains une coaptation parfaite, l'appareil maintient exactement cette coaptation; il fait tout ce qu'on peut attendre d'un appareil, car son but n'est pas de réduire, son but est de maintenir réduit.

Quant à la gêne que semble devoir produire l'emploi d'un moyen qui fixe les deux membres et le tronc, je puis assurer qu'elle est tout à fait illusoire. Jamais, à moins que l'appareil ne soit imparfaitement matelassé, les malades n'éprouvent de douleurs. Ils se plaisent à se soulever et à se balancer dans leurs gouttières mobiles, et telle est la facilité merveilleuse avec laquelle ils exécutent ces mouvements de totalité, sans que les rapports des fragments soient cependant changés entre eux, que tous ceux qui visitent notre hôpital et voient ces appareils désirent se les procurer. Les médecins des campagnes surtout qui ont vu combien leur usage est facile, puisqu'il suffit en quelque sorte d'y placer les malades, et combien l'immobilité y est certaine, puisqu'elle s'y maintient pendant toute la durée du traitement, les médecins des campagnes, dis-je, ont surtout compris la supériorité de nos moyens, et je vois aujourd'hui, par le grand nombre des commandes qu'en reçoit M. Jance, mon fabricant, que ces appareils sortiront de l'hôpital où ils ont pris naissance, et qu'ils trouveront de nombreuses applications sur d'autres malades que ceux qui nous sont confiés.

Dans un prochain article, je m'occuperai des appareils pour les fractures de la partie supérieure de l'humérus.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.—Février 1840.

Luxation traumatique ancienne du bras dont la réduction a été favorisée par la section sous-cutanée d'une portion du grand pectoral et des ligaments articulaires; par M. DIEFFENBACH, de Berlin.

Nous devons à l'obligeance de notre honorable confrère, M. Mayor, de Lausanne, la communication et la traduction de l'intéressante observation qui va suivre. Elle est extraite de la GAZETTE MÉDICALE de Berlin, du 18 décembre dernier. Nous ferons remarquer, à l'occasion de cette observation, que la section d'un muscle, dans le cas de luxation traumatique ancienne, n'a qu'un rapport indirect avec la méthode que nous avons proposée pour la cure des luxations congéniales; dans l'un et l'autre cas, il s'agit de faciliter la réduction de la luxation au moyen de la section des muscles: mais, dans le premier, cette pratique n'est qu'un moyen accidentel, exceptionnel; dans le second, c'est un PRINCIPE GÉNÉRAL, qui ressort de l'étiologie même de la difformité, c'est une ressource nécessaire, indispensable, au même titre que la section des muscles rétractés dans le pied-bot, le torticolis et les déviations de l'épine. Nous ferons remarquer d'ailleurs que notre confrère et ami, M. le docteur Kuhn, qui connaissait et avait vu appliquer notre méthode de traitement des luxations congéniales et pseudo-luxations produites par la rétraction musculaire, a le premier proposé, dans sa thèse inaugurale, 28 février 1839, de recourir à la même méthode pour faciliter la réduction des luxations traumatiques, et combattre quelques-uns de leurs accidents.

Voici d'ailleurs l'intéressante observation de M. Dieffenbach.

OBS. M. Th., propriétaire, âgé de 30 et quelques années, eut, il y a deux ans, à la suite d'une chute de cheval, une luxation du bras droit, laquelle, méconnue dans les premiers moments, ne put, plus tard,

Digitized by Google

être réduite, malgré tous les efforts de plusieurs médecins et chirurgiens. Des tentatives récentes furent également sans résultat, et M. Th. se rendit à Berlin afin de s'assurer si son mal était décidément incurable. Le malade, quoique élancé, pâle et plutôt maigre, paraissait vigoureusement constitué, et ses muscles étaient fortement dessinés ; l'épaule malade était d'un pouce plus élevée que l'autre. L'acromion formait un bord tranchéal ; le moignon de l'épaule était fortement enfoncé vers sa région extérieure, le bras, plus mince que le gauche, et restait éloigné du corps. La tête humérale était située à la partie antérieure du thorax, tout près de la clavicule, à deux pouces de la fourchette du sternum. Le malade éprouvait constamment un sentiment de froid dans le membre ; mais celui de fourmillement avait cessé. Le pouls de l'artère radiale droite était un peu plus faible qu'à gauche. Le membre ne servait à aucun usage, et la main seule pouvait rendre de légers services. Lorsqu'on cherchait à faire mouvoir le bras dans différents sens, on causait de violentes douleurs dans l'endroit où la tête était logée. Celle-ci était entourée d'un lacis de téguments tendineux, *au milieu desquels elle* s'était comme enfouie. Si l'on *essayait d'écarter* le bras du corps, on voyait le grand *pectoral*, le très-large du dos, le grand et le petit ronds se tendre douloureusement. Ces trois derniers muscles paraissaient déjà durs et tendus, quoique le bras ne fût point remué. Un essai de réduction du bras, sans l'incision de ces muscles et des tissus qui constituaient de nouvelles articulations, eût été très-dangereux, et la réduction même impossible ; mais je comptais sur le succès si je parvenais à *couper*, sous la peau, tout ce qui me faisait résistance. Le malade consentit volontiers à se laisser *opérer à la* clinique de la Charité, afin que ce cas pût servir à l'instruction d'un grand nombre de jeunes médecins. Je dois faire observer que j'ai toujours réduit une grande quantité d'anciennes luxations en étendant le malade sur une table, et c'est dans cette position que se plaça M. Th. Un drap long, plié sur lui-même, à la largeur de 8 à 9 pouces, entoure le thorax sous l'aisselle droite, de manière que ses extrémités passent obliquement sur l'épaule saine, où elles sont saisies par six aides. Un long et large drap entoure la main du bras luxé, il est également saisi par six aides ; sur la partie supérieure de l'humérus et vers la cavité axillaire, est un autre drap que saisissent trois nouveaux aides. Lors donc que les *six premiers* aides tirent en sens inverses des six autres, les trois derniers tirent de côté et en bas. Ceci, du reste, n'est pas nouveau. Tout étant donc ainsi disposé, j'ordonnai d'abord une simple extension, qu'on augmenta graduellement ; puis je fis suspendre, pour introduire sous la peau un bistouri étroit et concave, avec lequel j'incisai la partie la plus fortement tendue du grand pectoral, tout près de son tendon. Celui-ci s'écarta aussitôt avec le craquement qu'on connaît. Là dessus, je pénétrai de nouveau sous la peau, vers le bord postérieur de la cavité axillaire, et je coupai successivement le très-large du dos et les grands et les petits ronds. Tous ces muscles s'écartèrent avec un bruit de craquement qu'augmenta encore la résonnance du thorax. Enfin, j'entrai, avec le bistouri, sur trois points différents du bord de l'humérus, et je coupai également et sous la peau les ligaments épais, durs et de nouvelle création qui entouraient l'articulation bâtarde. Je fis alors diminuer les tractions, et j'exécutai quelques rotations pour dégager la tête. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang des plaies, dont l'étendue n'était pas plus considérable que celle d'une saignée. Maintenant commença de nouveau une violente traction des deux côtés inverses, puis je fis tirer rapidement aussi les trois autres aides ; sur quoi, je pris moi-même la direction de l'humérus, lequel se porta rapidement dans la cavité glénoïde, où il se fixa : les deux épaules eurent alors un semblable aspect. Après cela, le thorax, l'épaule et les bras furent entourés de bandes, et l'appareil tout entier fut enduit d'empois. Au bout de quelques heures, ce moyen contentif se trouva sec et dur, et capable d'empêcher toute espèce de mouvements du côté droit. Il ne survint aucun symptôme fâcheux, et le malade souffrit même moins que la plupart des individus auxquels j'ai dû réduire d'anciennes luxations. J'enlevai l'appareil le neuvième jour ; les épaules étaient égales, et on n'y apercevait ni gonflement, *ni* point douloureux. Les piqûres vers l'aisselle étant complétement guéries, à peine en découvrait-on la trace, et il n'existait pas davantage de collection sanguine ou purulente dans le voisinage. On put déjà faire exécuter quelques mouvements au bras. Ils n'étaient pas, à beaucoup près, aussi gênés que dans ceux qui ont lieu quelquefois après la réduction de certaines luxations récentes, parce que, chez ces derniers, il existe souvent et longtemps une contraction douloureuse des muscles qui ont été si fortement tendus (1). La section des muscles qui s'opposaient à la réduction, et celle des tissus articulaires anormaux a produit, dans le cas actuel, non-seulement la possibilité de la réduction, mais elle a paré encore aux accidents consécutifs. Tous les muscles qui ont été coupés sont si exactement réunis, qu'on

(1) *Note de M. Mayor.* Ces muscles n'étaient si violemment tendus que parce que la tête était fortement ramenée en haut et comme tordue. Or, rien de plus facile que de la tirer en bas et de la faire rouler, de dedans en dehors, pour la rapprocher de la cavité glénoïde, et la mettre en rapport avec cette dernière. Voyez plutôt sur le cadavre.

Digitized by Google

ne peut plus apercevoir l'endroit où leur section a eu lieu, et le membre est parfaitement rendu à ses fonctions normales.

M. Mayor accompagne cette observation des remarques suivantes :

Puisque je suis en train de citer des faits qui peuvent éclairer la thérapeutique des luxations, je vais, mon cher confrère, vous traduire également une notice extraite de celles de Froriep :

« En Russie, le traitement des fractures et des luxations ne relève pas nécessairement du domaine chirurgical, mais l'état établit certaines personnes pour cette spécialité. C'est ainsi que M. de Roos raconte que, dans l'hôpital de Ste-Marie, les tentatives des chirurgiens ayant été infructueuses pour réduire trois luxations de la cuisse, la direction fit appeler un certain M. Matwelf, lequel, après un déploiement considérable de forces et avec beaucoup d'adresse, en est venu à bout. Chez l'un de ces malades, il employa trois bains tièdes le premier jour, et le lendemain matin, après un quatrième bain, il tenta la reposition d'après toutes les règles de l'art, mais également sans aucun succès. Alors, mettant de côté tout à fait les moyens ordinaires recommandés jusqu'ici, il plaça le malade sur un lit, où il le fit tenir fortement par deux personnes qui pressaient sur le bassin. Lui-même saisit la cuisse luxée avec ses bras et ses mains, de manière que la jambe vint à être placée derrière son dos et le jarret sur son épaule. Maintenant, sans s'embarrasser davantage des principes de la chirurgie et de l'anatomie, et n'obéissant qu'aux lois de la mécanique, il fit usage de toutes ses forces, afin d'éloigner la tête fémorale du lieu qu'elle occupait, et de la rapprocher de la cavité cotyloïde. La cuisse devint son levier; ses mains, ses bras et ses épaules furent la puissance destinée à agir sur le levier, et la place située entre la tête luxée et la cuisse articulaire fut le point où aboutirent tous les efforts de l'opérateur. On le vit alors imprimer à la cuisse, tantôt des mouvements de flexion, tantôt de rotation; puis ces mêmes mouvements simultanés. Sa figure était cramoisie, et les veines de sa tête et de ses bras semblaient devoir sauter de plénitude. Tout à coup, on entendit le bruit sourd et connu qui accompagne la réduction, et tout fut fini. M. Matwelf est placé à la cour pour le traitement des fractures et des luxations, et son expérience, ainsi que sa dextérité dans cette partie, lui valent d'être fréquemment appelé dans les établissements de la couronne, en ville, chez le militaire, comme aussi dans la pratique civile (*Froriep*, 1838, 6 vol. n. x). »

Que dites-vous de ce rebouteur qui s'avise de faire de la mécanique pour réduire des luxations difficiles, et qui réussit? Mais ne croyez-vous pas, mon cher confrère, qu'il réussirait mieux encore en combinant ces lois immuables de la mécanique avec des connaissances solides en anatomie, et en faisant une juste part à l'influence de la physiologie. Jusque-là, en effet, il ne sera qu'un empirique aveugle, et rien de plus. Mais s'il a eu ici le tort grave de mettre de côté les notions anatomiques, en revanche, il a sagement agi de donner du pied aux principes, et aux principes *actuels* de la chirurgie; car, sans cette judicieuse précaution, il aurait eu la douleur de laisser trois hommes estropiés et malheureux.

Encore un mot. Mon fils a réduit, cette nuit même (1er février), une luxation de l'humérus, en plaçant le bout d'un bâton *bien rembourré* dans le creux de l'aisselle, et en appuyant l'autre bout contre le pied du lit. Un seul aide exerçait les tractions sur le coude, l'avant-bras était fléchi, et de haut en bas, au moyen d'un mouchoir plié en cravate et *tordu* sur l'extrémité inférieure du bras luxé. Rien de plus facile, de plus commode et de plus expéditif. Pourquoi? Parce que c'est conforme à la raison et aux *bons principes*.

Gazette Médicale. — Février 1840.

Calcul urinaire de 23 onces et demie, développé dans l'intérieur de l'urètre et extrait par incision.

On a vu quelquefois des calculs urinaires d'un énorme volume et d'un poids considérable. Tolet parle, dans son traité de la lithotomie, d'un calcul vésical de 80 onces. Lieutaud en cite un de 15 onces. Cline possédait dans sa collection une pierre de 11 onces. Mais tous ces calculs s'étaient formés dans la cavité de la vessie, et nous ne connaissons pas d'exemples de calculs urinaires développés dans l'intérieur même du canal de l'urètre, qui, par leur poids et leur dimension, puissent être comparés à celui qui fait l'objet de l'observation suivante.

João Luis, âgé de 30 ans, d'un tempérament sanguin, employé à la pêche du poisson dans un port de mer aux environs de Lisbonne, avait éprouvé depuis son enfance, et sans cause à lui connue, de la difficulté dans l'émission des urines. Dès la même époque une tumeur dure s'était montrée au périnée. Plus tard une fistule urinaire s'était établie pendant quelque temps, et avait fini par se guérir d'elle-même. Cependant la tumeur, toujours dure, augmentait progressivement de volume, sans autre inconvénient pour le malade que la gêne qui résultait de la distension des parties. Cette gêne étant devenue excessive par l'effet du développement considérable que la tumeur avait acquis dans les derniers temps, João Luis entra en 1836 à l'hôpital

Digitized by Google

St-Joseph de Lisbonne pour réclamer les soins de M. J. L. da Luz, professeur et chirurgien de cet établissement.

A cette époque la tumeur qui faisait saillie au périnée avait cinq pouces et demi de diamètre; sa figure se rapprochait beaucoup de celle d'une grosse poire; elle occupait toutes les bourses, et distendait fortement la peau du scrotum. On reconnaissait les deux testicules aux parties latérales de la tumeur; la verge à l'état normal occupait la partie antérieure et supérieure. Le périnée, dur et fort saillant, était parsemé de cicatrices irrégulières, et l'on remarquait çà et là des excoriations dues à la présence d'une urine sédimenteuse, purulente et fétide, qui s'écoulait goutte à goutte et continuellement par le méat urinaire.

Le cathétérisme fit reconnaître aisément la présence d'un corps étranger dans l'urètre, et l'on procéda à l'opération de la manière suivante:

Deux incisions semi-elliptiques profondes ayant été pratiquées à la partie antérieure et inférieure de la tumeur, la base du calcul fut mise à découvert, et l'on y remarqua un sillon longitudinal, qui correspondait à la cloison des bourses, et donnait à cette énorme concrétion une figure bilobée.

On eut soin d'écarter la cloison des bourses, et on prolongea l'incision vers le périnée. On introduisit alors les tenettes, et l'on fit l'extraction du calcul. A sa place, il resta une grande cavité au fond de laquelle on découvrait la portion prostatique de l'urètre et le col de la vessie dans un tel état de dilatation, que l'opérateur put introduire son doigt dans la cavité de la vessie, et constater ainsi qu'il n'y existait aucun corps étranger.

Le malade fut pansé convenablement, en ayant soin de tenir écartés les deux testicules pour empêcher l'adossement des deux lèvres de la plaie et les infiltrations urineuses qui pouvaient en résulter.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident, si ce n'est d'une hémorrhagie peu considérable qui eut lieu le surlendemain et qui obligea à renouveler le pansement.

Le malade resta à l'hôpital 29 jours après l'opération, et il en sortit avec une fistule urinaire, n'ayant pas voulu s'astreindre plus longtemps à supporter la sonde dans la vessie. M. da Luz dit l'avoir vu un an après complétement guéri de sa fistule.

Cette observation nous paraît neuve, et digne, à plus d'un titre, de notre intérêt. Les renseignements manquent pour savoir si le calcul formé d'abord dans la vessie était parvenu à l'urètre consécutivement, ou bien s'il avait pris naissance dans l'urètre lui-même. Tout porte à croire qu'il était venu de la vessie et qu'il s'était arrêté dans la portion membraneuse de l'urètre. La tumeur et la fistule primitive s'expliquent naturellement par la présence de ce corps étranger dans l'urètre; et l'on conçoit aussi comment cette fistule primitive avait dû guérir, lorsqu'elle avait cessé de donner passage à l'urine, qui, en creusant peu à peu un sillon le long de la face inférieure du calcul, avait fini par s'ouvrir un passage jusqu'au méat urinaire. Le procédé qu'employa M. da Luz, lui ayant permis d'enlever la plus grande partie du kyste qui enveloppait le calcul, eut pour effet une prompte oblitération de la vaste cavité qui le contenait, et par suite le resserrement de la partie prostatique de l'urètre et du col vésical lui-même.

Le calcul urinaire offrait, comme nous l'avons déjà dit, l'aspect d'une grosse poire d'Auch: la partie la plus étroite correspondait au col de la vessie; la plus grosse était enveloppée par la membrane du scrotum; deux dépressions, en rapport avec les testicules de chaque côté, se trouvaient aux parties latérales des deux fentes ou rainures: l'une s'étendant depuis le sommet jusqu'à la grosse extrémité, facilitait l'écoulement des urines; l'autre, n'existant qu'à la base, correspondait aux cloisons des bourses.

Par tous ses caractères physiques, le calcul se rapprochait de ceux qui sont formés de phosphate calcaire.

Revue médicale. — Février 1840.

Considérations thérapeutiques générales sur la médication évacuante; par M. Max. Simon.

Depuis que MM. Delaroque et Piédagnel ont réveillé l'attention des observateurs sur l'emploi méthodique des évacuants dans un certain nombre d'affections pour lesquelles les idées modernes avaient institué une thérapeutique diamétralement opposée, bien des esprits sont revenus de leurs préventions systématiques sur le compte de cette médication. Quel que soit le résultat des recherches spéciales des observateurs que nous venons de citer, la question de l'influence des évacuants dans les maladies est maintenant posée, et elle marche à sa solution. Déjà un fait considérable ressort clairement des expériences multipliées qu'ont provoquées ces recherches, c'est que la susceptibilité phlegmasique de la muqueuse gastro-intestinale, dont on avait fait une sorte de *noli me tangere* physiologique, a été singulièrement exagérée. Cette exagération systématique, conséquence logique de l'idée fondamentale sous laquelle on a voulu comprendre toutes les maladies, a exercé une influence immense sur la marche de la thérapeutique dans ces trente dernières années. En acceptant comme source uni-

Digitized by Google

que d'indications, les seuls éléments morbides que reconnaisse et sur lesquels se fonde la doctrine physiologique, on a perdu de vue toutes les autres indications. C'est un fait grave dans une science comme la nôtre, dans laquelle se pressent tant d'inconnues, que de concentrer toute son attention sur un ordre unique de phénomènes, et de laisser dans l'ombre toutes les autres expressions morbides, comme n'ayant aucune signification thérapeutique.

Une des principales conséquences de cette manière de philosopher, c'est de déshériter la science du bénéfice des expériences antérieures : d'abord c'est systématiquement et comme par dédain qu'on se sépare violemment du passé, et qu'on marche ainsi dans son indépendance; plus tard, c'est pour une raison un peu moins fière, mais non plus plausible, c'est qu'à force de marcher en avant avec son siècle, on finit par ne plus savoir d'où l'on vient. Aujourd'hui, pour la plupart d'entre nous, la science du passé se borne à la notion plus ou moins claire des quelques grandes idées théoriques sous lesquelles on a essayé successivement de rallier systématiquement les faits. Or, est-ce que toute l'expérience du passé se résume dans ces grandes synthèses? Non certainement. On assimile trop, en général, la médecine aux autres sciences, quand il s'agit d'apprécier comparativement les procédés que celle-là met en usage pour se constituer. Admettez, si vous le voulez, qu'une méthode complète se compose de l'analyse et de la synthèse, alternativement appliquées aux faits, et se vérifiant l'une par l'autre ; mais gardez-vous bien de rendre la première solidaire des résultats de la seconde. Ce n'est qu'au bout d'une science que ces deux procédés se confondent et n'en font plus qu'un; mais à l'entrée de cette science, mais tant que cette science n'est pas définitivement constituée, chacun d'eux ne répond que de son œuvre ; il en est ainsi de plusieurs sciences beaucoup plus avancées que la science médicale; telles sont, par exemple, la physique et la chimie, où l'on se garde bien de confondre les résultats simples et toujours vérifiables de l'analyse avec les conjectures plus ou moins probables des théories. Ainsi en est-il à plus forte raison de la médecine. L'analyse revêtissant le nom d'expérience, est l'instrument forcé d'une belle science; voilà pourquoi Hippocrate appliqua cette méthode longtemps avant que Bâcon ne l'érigeât en méthode générale dans l'étude et le développement des sciences. Mais si en médecine l'analyse ou l'observation est commandée par la nature même de l'objet que cette science embrasse; si partout où cette science a été pratiquée l'analyse se tient à côté de la synthèse, l'observation à côté de la théorie, il suit de là rigoureusement qu'on n'a point le droit de proscrire une médication quelconque, par cela seul que la théorie d'où elle semble se déduire est reconnue fausse, au moins comme théorie générale ; car ce n'est point par la voie de l'induction seule que cette médication est entrée dans la matière médicale; elle y est entrée aussi par la voie de l'expérience directe, et n'a pu s'y maintenir que sous le contrôle incessant de celle-ci.

Il suffisait du simple raisonnement qui précède, pour qu'au nom des idées nouvelles qui entraient dans la science sous le patronage du physiologisme on ne se crût point en droit de répudier toutes les laborieuses acquisitions du passé. Toutefois il ne serait point juste de laisser peser sur cette doctrine toute la responsabilité et toutes les exclusions thérapeutiques contre lesquelles tout le monde proteste aujourd'hui : l'école purement anatomique a également exercé ici une large part d'influence, et c'est un semblable vice de logique qui l'a conduite là. Chacun sait, du reste, le grand principe sur lequel repose toute la philosophie médicale de cette école ; en physiologie elle dit : il n'y a dans l'homme que des organes et des fonctions; en pathologie, toutes les maladies consistent essentiellement dans des lésions d'organisation. Ce principe une fois posé, il suffit d'une simple induction pour réduire à néant tout ou presque tous les résultats thérapeutiques lentement amassés par l'expérience des siècles. En effet, comment eût-on pu instituer le traitement rationnel d'une maladie quelconque, tant qu'on ignore la lésion anatomique en laquelle consiste essentiellement toute maladie? Que le scepticisme auquel arrive fatalement cette école, ait son point de départ réel dans cette simple induction, ou que, plus circonspect, il cherche à se légitimer par quelque expérience directe, dans les deux cas, il n'était pas besoin qu'il recourût aux procédés mathématiques pour se démontrer, car avant même qu'il ne se consacrât par le baptême des chiffres, les connaisseurs savaient son nom. Ainsi donc, école physiologique et école anatomique ont conclu à la même négation de la science du passé, et toutes deux ont suivi la même route pour arriver à cette conclusion ; c'est-à-dire que toutes deux ont, *à priori*, condamné des résultats qui impliquaient contradiction, ou au moins ne se conciliaient pas clairement avec leurs données fondamentales. Tant que ces données furent acceptées comme l'expression la plus avancée de la science, la pratique à laquelle celles-ci concluaient fut également acceptée ; mais il arriva ce qui devait inévitablement arriver dans une science fatalement expérimentale ; c'est à savoir que les lumières de la pratique rejaillirent sur la théorie, et en mirent au grand jour les nombreuses lacunes. Voilà, il faut bien le savoir, le point précis où nous sommes aujourd'hui ; derrière nous tout un passé, mal compris, dénaturé, inconnu, et dont il faut la-

Digitized by Google

borieusement recommencer l'étude; autour de nous de grandes lumières dont il faut savoir nous servir pour nous guider dans les recherches de l'avenir, comme dans nos études plus fécondes encore du passé. Il est évident, pour qui voit ce qui se passe autour de soi, que la plupart des observateurs, à l'heure qu'il est, sont entraînés dans cette double voie d'exploration. On a dit, dans ces derniers temps, que les études historiques, vers lesquelles sont tournés, dans plusieurs sciences tant d'esprits d'élite, commençaient aussi depuis quelque temps à être sérieusement cultivées en médecine; nous croyons que ces études sont dans la tendance actuelle des esprits; mais qu'elles sont loin encore d'être réalisées. A la manière dont on marche aujourd'hui, on rencontrera ces études sur son chemin et on s'y livrera, et nous le croyons, avec le plus grand profit pour la science; mais on n'en est point encore là. Il serait bien à désirer qu'il en fût autrement, car si c'était à la lumière des grands principes que la vieille science a si solidement établis, qu'on poursuivît les recherches auxquelles tout le monde se livre de toute part, il n'est pas douteux, *d'abord*, que par là on abrégeât la route, et ensuite *qu'on arrivât à des résultats* beaucoup plus importants, *plus liés* entre eux, plus scientifiques en un mot.

Nous avons cru devoir faire précéder, de ces quelques réflexions, les considérations que nous voulons présenter ici, sur l'emploi de la méthode évacuante, et sur quelques conséquences pratiques importantes auxquelles a déjà conduit l'application de cette méthode.

Les maladies dans lesquelles l'école du Val-de-Grâce avait surtout proscrit la méthode évacuante, soit les vomitifs, soit les purgatifs, c'étaient les maladies qui avaient leur siége dans un des points du tube digestif : c'était tout simple, presque toutes ces maladies consistant, dans les principes de cette école, exclusivement dans une irritation à divers degrés d'intensité de la muqueuse qui tapisse les parois internes de ce conduit, ou de quelques organes qui lui sont annexes; il fallait, de toute rigueur, rejeter de la thérapeutique de ces affections, tous moyens que l'expérience démontre propres à développer une lésion de la nature de celle qu'il s'agit ici de combattre. Avec un principe aussi large que celui des physiologistes, principe qui, dans les premiers temps de son naïf enthousiasme pour lui-même, ne trouvait rien sur la terre à quoi il pût se *comparer*, la thérapeutique devenait facile : c'était tout simplement la seconde partie d'un syllogisme. Longtemps cette sorte de thérapeutique syllogistique fut la pratique générale, aujourd'hui, elle n'a plus guère que quelques pâles représentants. Les maladies du tube digestif étant celles qui se présentent le plus fréquemment à l'observation, c'était surtout ici que l'expérience ne pouvait tarder à s'exprimer d'une manière positive : ainsi en arriva-t-il, et la réaction se continue encore vive aujourd'hui sur ce terrain.

Mettons d'abord la méthode évacuante en face de l'affection ou des maladies complexes, qu'on appelle, le plus ordinairement en France, fièvre typhoïde. L'école physiologique et l'école anatomique se confondent en un point sur cet important sujet, c'est-à-dire que l'une et l'autre font grand éclat de la lésion anatomique qui, selon chacune d'elles, caractérise la maladie; toutes deux par conséquent devaient conclure, et en effet ont conclu à la proscription des purgatifs, dans le cas dont il s'agit. Or, nonobstant cette double proscription, la méthode évacuante complète, émétiques et purgatifs ont été successivement, ou simultanément, employés dans le traitement de la fièvre typhoïde; quels résultats ont-ils produits? Nous le répéterons, pour qu'on ne se méprenne point sur le sens de ce travail; notre intention n'est point de déterminer l'efficacité curative de la méthode évacuante, dans telle ou telle maladie. La seule chose que nous proposions ici, c'est de signaler en contradiction avec les préceptes de la doctrine physiologique, quelques conséquences pratiques qui ressortissent d'expériences nombreuses, et qui sont propres à guider les médecins dans l'emploi de cette méthode générale. Cette parenthèse fermée, poursuivons : En proscrivant du traitement de la fièvre typhoïde les émétiques et les purgatifs, l'école du Val-de-Grâce se fondait sur ce que ces moyens, de nature essentiellement irritante, devaient infailliblement ajouter à la lésion inflammatoire de l'intestin, c'est-à-dire à la maladie, puisque tous les symptômes qui constituent celle-ci ont leur point de départ dans la lésion que nous venons d'indiquer : théoriquement parlant, cela était bien dit; expérimentalement, voyons ce qu'il en est. Nous avons vu déjà, dans un assez grand nombre de cas, recourir, et nous avons plusieurs fois recouru, à l'usage des évacuants, dans les diverses formes, et nous entendons ici les plus graves, de la fièvre typhoïde, et nous déclarons que dans aucun de ces cas nous n'avons vu un effet véritablement phlogistique suivre l'emploi de cette médication. Si nous pouvions suivre ici les divers appareils, et constater leur état, le lendemain de l'administration d'un vomitif ou d'un purgatif, il nous serait facile de donner à l'assertion, que nous venons d'émettre, l'autorité d'une incontestable démonstration, mais il nous faudrait pour cela citer une longue liste de faits : ce qui n'irait point, en ce moment, à notre cadre; nous nous bornerons à signaler quelques phénomènes qu'on observe le plus ordinairement alors, et dont la constatation rigoureuse suffit pour montrer qu'il n'y a point

Digitized by Google

là d'effet phlogistique produit : ces phénomènes s'observent du côté de la grande circulation. Ainsi, dans un grand nombre de cas, quand à la suite d'un purgatif ont eu lieu d'abondantes évacuations alvines, et pour préciser davantage, sept, huit ou dix selles, par exemple, souvent alors, disons-nous, un bruit de souffle très-marqué se développe, du côté du cœur. Nous ne croyons pas qu'il y ait, dans l'état actuel de la science, deux manières d'interpréter ce phénomène; ce bruit, ce souffle nous traduit évidemment un changement brusque survenu dans la crase du sang sous l'influence de la spoliation purgative, et physiologiquement parlant, cette modification est certainement de nature antiphlogistique, c'est la vie morbide hyposthénisée : ce ne peut être autre chose. Un second phénomène qui s'observe non moins fréquemment, qui est du même ordre que le premier, qui par conséquent donne à celui-ci et en reçoit en retour une grande importance, c'est l'état dans lequel se trouve souvent le pouls, après l'action perturbatrice des purgatifs ou des vomitifs, dans la fièvre typhoïde. Il est assez rare que le nombre des pulsations augmente d'une manière un peu notable, en pareille circonstance : par exemple, nous sommes convaincus que si, sous ce rapport, on comparait le résultat des saignées générales, employées à haute dose, avec celui que donnerait la méthode évacuante (nous ne parlons toujours que des fièvres typhoïdes), la différence ne serait certainement pas toujours en faveur de la première de ces méthodes. D'un autre côté, ce que nous avons maintes fois observé, comme nous l'avons consigné ailleurs, dans une série de mémoires, c'est une diminution quelquefois très-notable de la fréquence des pouls. En bonne et rigoureuse logique, que signifient, en présence de ces faits, les arrêts fulminés du haut du Vatican physiologique contre la médication évacuante, qui pourtant n'en peut mais? On dira, malgré les effets antiphlogistiques ces modifications profondes, imprimées à tout l'organisme, aux forces vives, même sous l'influence desquelles éclôt la vie, la maladie continue fatalement sa marche, et n'en arrive pas moins à une terminaison funeste. Nous répondrons que là n'est point la question, le double fait que nous signalons savoir : d'une part, absence d'exacerbation durable dans la lésion locale ; d'un autre côté hyposténisation évidente exprimée par l'appareil qui nous traduit le mieux l'intensité de la vie ; ce double fait, disons-nous, est complétement indépendant de la question posée tout à l'heure, et par laquelle on cherche à lui échapper.

Un tel résultat dans une telle maladie a une immense portée : cette innocuité de la méthode évacuante dans la fièvre typhoïde, mais bien plus la sédation, qui suit l'emploi des moyens qui constituent cette méthode, conduisent forcément à réformer deux des idées pratiques les plus fondamentales de la doctrine physiologique. Ou bien, il faut admettre que la médication émeto-purgative n'a point l'action phlogistique locale qu'on lui attribue, ou bien que la lésion de l'intestin n'est pas le point de départ des diverses actions morbides qui se développent coïncidemment avec elle dans la maladie dont nous nous occupons en ce moment. Pour nous, nous croyons les deux choses à la fois ; c'est-à-dire qu'une phlegmasie proprement dite n'est que très-rarement déterminée par l'influence de la méthode évacuante employée suivant la formule d'une saine thérapeutique, et que l'affection typhoïde est tout autre chose que ce qu'on la dit être dans l'école physiologique comme dans l'école anatomique. Mais c'est là une double conséquence qui regarde plutôt la pathologie générale que la thérapeutique pratique, dont nous ne voulons point sortir en ce moment. Or, en nous bornant à ce dernier point de vue, que nous est-il permis de conclure de ce qui précède? Sans préjuger ici ce que l'expérience établira bientôt sans doute sur l'influence curative de la méthode évacuante, employée comme méthode générale dans le traitement de l'affection typhoïde, il nous paraît difficile, en face des faits, de se refuser à admettre ce que nous allons dire. Sans aucun doute pour l'observateur éclairé, qui est revenu des illusions du physiologisme, et pour qui la langue n'est pas plus le miroir du tube digestif, que les bosses cérébrales ne sont la représentation des facultés de l'intelligence, il se rencontre dans la pratique un certain nombre de cas d'affection typhoïde, où il y a indication évidente à l'emploi soit des vomitifs, soit des purgatifs, soit des deux modes successivement; or nous croyons que, dans ces cas, on peut hardiment recourir à cette médication, et bien plus, nous pensons que ce ne serait point sans un réel dommage pour les malades, que, par une crainte qui ne saurait plus aujourd'hui se justifier, l'on s'en abstiendrait. Réfléchissez avec quelque attention à cet état morbide, qui s'offre si fréquemment à l'observation du praticien non prévenu, et qu'on désigne le plus ordinairement sous le nom d'embarras gastrique, intestinal, etc. Que cet état ne soit rien de plus que ce que le nom par lequel on le désigne indique, ou qu'il soit quelque chose de beaucoup plus compliqué, parce que toutes les fois que la vie est derrière un phénomène, ce phénomène ne saurait être une chose si simple ; quelle que soit la nature de cet état, disons-nous, un vomitif ou un purgatif, administré en pareille circonstance, fait rentrer immédiatement la vie dans ses conditions normales. Qu'est-il survenu cependant pour expliquer cette modification brusque dans la vie? Rien, que l'élimination hors de l'économie de produits de sécrétions variées, et une secousse plus ou moins générale imprimée en même

Digitized by Google

temps à l'ensemble des forces comme aux principaux appareils de l'économie. Si maintenant nous reportons notre attention sur l'état général, qui coïncidait avec cet état morbide de l'estomac ou de l'intestin, que nous localisons un instant, nous trouverons, du côté des centres nerveux de la céphalalgie, de l'abattement général, de la courbature, des douleurs contuses dans les membres. Qui ne voit qu'en suivant cet ordre de phénomènes, nous arrivons sur la limite de la fièvre typhoïde elle-même? Bien plus, dans un certain nombre de cas, l'affection typhoïde ne se traduit, à son début, que par l'ensemble des symptômes que nous venons d'indiquer. Or nous croyons que c'est dans ces cas surtout, où l'ensemble des symptômes appelle si évidemment l'emploi de la méthode évacuante, qu'il faut recourir à l'emploi de cette méthode. Souvent, en pareil cas, les praticiens les plus habiles et les plus exercés hésitent dans leur diagnostic, et attendent, avant de se décider à telle ou telle médication, que la maladie se soit nettement dessinée. Nous croyons que cette hésitation était permise, avant que l'expérience n'eût clairement établi la véritable influence des éméto-purgatifs sur la muqueuse gastro-intestinale; mais aujourd'hui que cette expérience est faite, que les idées propagées à cet égard par le physiologisme sont surabondamment démontrées fausses, nous croyons qu'en pareille circonstance il n'est plus permis d'hésiter. De deux choses l'une en effet, ou bien c'est à un simple embarras gastrique ou intestinal que vous avez à faire, ou bien c'est à une affection typhoïde véritable. Dans le premier cas, vous n'avez point de médication plus sûre à suivre; dans le second, vous réduisez la maladie à un plus grand état de simplicité, en supprimant un élément morbide, dont la coexistence avec l'affection typhoïde, quelle que soit d'ailleurs la nature intime de cette affection, est nécessairement une complication funeste. Pour nous résumer sur ce point, la question de l'influence curative de la méthode évacuante, employée comme méthode générale dans le traitement de l'affection typhoïde, est pour nous loin encore d'être résolue; nous croyons pourtant que les expériences instituées dans le but d'arriver à la solution de cette question conduisent à une conséquence pratique importante: cette conséquence, c'est que quand cette maladie appelle, par la spécialité de ses symptômes, l'emploi de la méthode évacuante, on ne doit point hésiter à recourir à cette médication. Nous ne disons point que, dans les cas où la maladie ne revêt pas la forme de l'embarras gastrique, on ne puisse recourir avec avantage à la même médication: nous avons observé nous-même des cas où la maladie ne présentait nullement cette forme, et où cependant cette médication obtenait un succès marqué; mais nous avouerons que ces cas échappent à toute catégorisation, du point de vue où nous sommes placé; c'est pourquoi nous nous bornons au simple corollaire que nous avons formulé plus haut, en attendant que les déductions légitimes de l'observation puissent tenir dans une conséquence plus large.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Février 1840.

Considérations thérapeutiques sur l'emploi de l'alun (sulfate d'alumine) *dans les affections carcinomateuses de l'utérus;* par le professeur RÉCAMIER.

M. Jacquot, médecin, à Saint-Dié, ayant envoyé à l'Académie de médecine deux mémoires, dont j'ai été nommé rapporteur, sur le traitement du cancer utérin par l'alun du commerce, j'ai dû, pour apprécier justement cette méthode, me livrer, soit en ville, soit dans les hôpitaux, à une série d'expériences propres à baser mon jugement et à établir la valeur pratique du moyen vanté par ce médecin.

M. Jacquot, administre l'alun dans les carcinômes utérins jusqu'à la dose de 1 gramme 20 centigrammes (24 grains) à l'intérieur, et jusqu'à celle de 15 grammes (demi-once) dans un litre d'eau en injections. J'ai analysé avec soin les quatre premières observations du premier mémoire de ce médecin, et je n'hésite pas à dire que ce ne sont pas là de véritables cancers utérins: ce sont des métrorrhagies avec plus ou moins d'irritation vaginale; on y voit des écoulements blancs et épais, des tiraillements épigastriques, de la difficulté à digérer toute espèce d'aliments, même en petite quantité; de la décoloration de la face, une grande faiblesse, une douleur au talon ou au pied, que M. Jacquot aime à regarder comme caractéristique du cancer utérin; à une certaine époque du traitement des expulsions de fausses membranes par le vagin, expulsions qu'il considère comme une preuve du succès du traitement. Tout cela n'établit pas pour nous la lésion que M. Jacquot a jugé exister chez ses malades. Une seule observation, la cinquième, présente une tumeur vaginale extirpée sans guérison, et, qui, traitée par l'alun, est morte consécutivement. Quoi qu'il en soit, les traitements par l'alun ont duré un an et plus, et suivant M. Jacquot, les tumeurs constatées dans le vagin ou dans les dépendances de la matrice ont disparu; le flux leucorrhoïque a cessé après l'expulsion des fausses membranes, enfin les malades, les unes après une récidive, les autres sans récidive, se sont trouvées guéries.

Les caractères de blancheur et de viscosité du produit de la leucorrhée qui ont été notés, et différentes circonstances indiquées, telles que la gastralgie con-

Digitized by Google

comitante et les symptômes anémiques, me font craindre que M. Jacquot n'ait été induit en erreur et n'ait pris l'aspect anémique pour celui de la cachexie cancéreuse.

J'ai voulu résoudre, par des faits, cette importante question de pratique. Diverses malades affectées de cancer utérin ulcéré, ont été mises au traitement par l'alun, à l'Hôtel-Dieu, depuis plusieurs années, et toujours leur état a été constaté auparavant, soit par Dupuytren, soit par MM. Breschet et Sanson. L'alun a été employé d'après la manière indiquée par M. Jacquot; je l'ai porté jusqu'aux doses indiquées par lui; les injections ont été faites avec la solution alumineuse que j'ai même rendue calmante. Ces injections ont produit de la diminution dans la fétidité de l'écoulement. Les pilules alumineuses ou la solution d'alun, ont été plus ou moins bien supportées par l'estomac; mais malgré la ténacité que j'ai mise à suivre ce traitement, il m'a été impossible d'obtenir rien qui approchât de ce que décrit M. Jacquot. Ces traitements ont été répétés à diverses reprises, à l'Hôtel-Dieu et dans la pratique particulière de concert avec divers confrères, et dans aucun cas, je le répète, nous n'avons pu produire une amélioration qui ressemblât à une cure; nous n'avons observé que des soulagements ou des diminutions momentanées dans l'écoulement.

J'ai sous les yeux un mémoire à consulter, de M. Jacquot, sur une dame qu'il avait vue en province, et qui, étant venue à Paris, désirait que je prisse connaissance de sa situation, avant de suivre le traitement conseillé par ce médecin. Le diagnostic qu'il avait porté était net et formel; c'était un cancer utérin. Ne trouvant pas, après vérification, la même chose que M. Jacquot, je priai M. Amussat qui se trouvait chez moi pour une autre consultation, de vouloir bien examiner la malade. Son diagnostic s'étant trouvé conforme au mien, nous fûmes obligés de penser que quelque chose avait fait illusion à M. Jacquot, ou que les accidents qu'il avait observés avaient disparu depuis le départ de la malade de Saint-Dié pour se rendre à Paris. Toujours est-il que je n'eus à traiter que des excoriations superficielles de la muqueuse du col utérin jusque dans l'orifice; ce traitement fut terminé en peu de semaines, 1° par des cautérisations superficielles des excoriations; 2° par des pansements avec l'amidon sec, qui me sert à remplacer avec grande utilité les cataplasmes mous dans le vagin, auquel amidon j'ajoute parfois un douzième, un dixième, un huitième d'alun; 3° par des irrigations ou des injections faites tantôt avec de l'eau amidonnée simple, ou dans laquelle on ajoute un peu d'alun, tantôt avec de l'eau de pavots et d'amidon, tantôt enfin avec une infusion de fleurs de roses rouges de Provins, à laquelle on ajoute un peu d'amidon, variant ces injections, suivant la susceptibilité de la malade, qui ne fut du reste nullement condamnée au repos, mais seulement à porter une ceinture et une garniture périnéale pendant tout le traitement.

En même temps que j'appliquais la méthode de M. Jacquot au cancer ulcéré ou non ulcéré de la matrice, je l'employais également dans divers cancers des mamelles, du rectum et des membres, avec la même suite, la même persévérance que dans la maladie précédente. Dans tous ces cas, l'alun à l'intérieur ne m'a rendu aucun service; j'ai été obligé d'en cesser plus ou moins promptement l'usage, à cause des accidents qui survenaient du côté des voies digestives. Les applications locales ont procuré, chez quelques malades, des amendements assez satisfaisants; mais le bienfait du remède s'est promptement usé, et il a fallu y renoncer. Je ferai seulement remarquer que, dans divers cas de cancer atrophique ulcéré, les pansements faits avec de l'amidon et du quinquina en poudre impalpable, associés à un douzième, un dixième ou un huitième d'alun en poudre, ont singulièrement retardé la marche de la maladie. Le même avantage a été obtenu sur la marche du cancer utérin, quand il a été permis de se servir du spéculum pour porter deux fois par jour la poudre sèche dont je viens de parler, sur l'ulcération ou sur le fongus cancéreux. Il faut avoir soin, dans ces cas, de nettoyer l'organe par des irrigations avant de recommencer un nouveau pansement. Tels sont les résultats de ma pratique, touchant les divers cancers traités par l'alun.

J'ai voulu creuser davantage la question et examiner si, dans les pilules de M. Jacquot, qui sont aussi à peu près celles d'Helvétius, qui les avait employées dans les ménorrhagies, il n'y avait pas quelque principe apte à produire les succès mentionnés par le médecin de Saint-Dié. J'ai pris à part chaque élément du sulfate d'alumine. Des malades ont été traitées par la limonade sulfurique, leurs cancers pansés avec de l'eau acidulée avec de l'acide sulfurique; d'autres malades ont été soumises à l'alumine la plus pure que j'ai pu trouver, celle qu'on emploie pour fabriquer la porcelaine; elles ont été pansées avec la même substance, mais j'ai été obligé d'y renoncer : l'alumine, séparée de l'acide sulfurique, ne fait point cesser l'odeur de l'écoulement, ni celle des suppurations, ni des ulcérations mammaires. Alors j'ai traité l'alumine par d'autres acides; mais soit que j'aie employé l'acide nitrique ou l'acide hydrochlorique, je n'ai pas obtenu les effets produits par le sulfate d'alumine du commerce.

Tandis que je m'occupais des cancers, il arriva que je fus consulté pour divers cas de dyspepsies gastralgiques très-opiniâtres. Une dame d'environ cinquante-cinq ans revint de la campagne dans un état de marasme, avec des douleurs épigastriques

Digitized by Google

atroces, qui l'empêchaient de pouvoir supporter aucune alimentation. Divers moyens calmants ou dérivatifs avaient été employés sans succès. On ne distinguait aucune tumeur à l'épigastre. Je conseillai des pilules composées de 5 centigrammes (1 grain) de sulfate d'alumine et de 5 centigrammes (1 grain) de thridace. Le remède fut employé par M. Paulin, médecin ordinaire de la malade, avec un tel succès, que cette dame se rétablit en très-peu de temps. Quoique la maladie ne se soit point reproduite, et qu'il y ait plusieurs années de cela, elle conserve cependant un tel souvenir de ses douleurs et du service que lui a rendu l'alun, qu'elle tient toujours en réserve auprès d'elle une boîte des mêmes pilules. Je fus mandé en consultation auprès d'une dame très-connue du docteur Blandin, qui était vue par le professeur Marjolin, chez laquelle la dyspepsie gastralgique approchait de celle dont je viens de parler. Le même moyen fut accepté et employé. Cette dame lui dut sa guérison, et elle jouit depuis lors d'une santé parfaite. Un de nos confrères de Passy dont le nom m'échappe, m'a appelé auprès d'une de ses clientes, femme d'un des employés de l'octroi à la barrière. Cette malade était dans un état de marasme difficile à décrire, avec tous les signes d'une lésion organique de l'estomac. Je proposai les pilules alumineuses dont j'ai parlé, et de plus une compression douce et égale du bas-ventre, à raison de la flaccidité de ses parois. Il s'est opéré, dans la situation de cette personne, une amélioration tout à fait inattendue, qui s'est soutenue très-longtemps. L'ayant perdue de vue à cause du changement de résidence du mari, je ne sais ce qui est advenu. Je n'ai pu, dans ces cas et autres analogues, porter la dose des pilules à plus d'une ou deux chaque fois.

De tous les faits que j'ai observés, je tire les conclusions suivantes :

1° L'alun, quoique ayant produit quelques modifications avantageuses dans les cancers, n'a pu être curatif dans aucun cas.

2° L'alun a été utile dans des cas d'hémorrhagie, et il est probable que c'est dans des cas pareils, avec vaginite, que M. Jacquot l'a employé.

3° L'alun a contribué puissamment à dissiper des gastralgies qui menaçaient la vie des malades, par le marasme et l'impossibilité de l'alimentation, quelque moyen qu'on eût employé auparavant.

A ce qui précède, j'ajouterai quelques remarques générales sur le traitement de quelques affections utérines :

1° Des excoriations superficielles, des productions rouges érectiles, des ramollissements rouges de la muqueuse du col utérin, et des phlegmasies chroniques de la même muqueuse qui énervaient les malades, soit par les douleurs sympathiques de la tête, de la poitrine, des dépendances de l'utérus, et surtout de la région de l'estomac, ont cédé à des cautérisations superficielles de la partie malade, et parfois immédiatement.

2° Il a été nécessaire de faire suivre les cautérisations d'injections et d'irrigations, soit avec de l'eau dans laquelle on avait délayé de l'amidon, soit avec une décoction de têtes de pavots blancs ou de fleurs de roses rouges, unies également à de l'amidon, soit avec une dissolution alumineuse, jointe aussi à de l'amidon.

3° Les injections et les irrigations n'ont pas suffi dans beaucoup de cas; il a fallu y joindre des pansements à sec avec l'amidon en poudre impalpable, employé seul ou associé avec une proportion soit de quinquina, soit d'alun, soit de céruse, réduits en poudre impalpable, soit de calomélas préparé à la vapeur. Ces pansements à sec, en raffermissant les muqueuses continuellement humectées, ont singulièrement abrégé les traitements. J'ai communiqué cette manière de procéder à un grand nombre de confrères avec qui j'ai vu des malades, et en particulier à MM. Marjolin, Breschet, Sanson aîné, Lisfranc, Nacquart, Amussat, Corby, Talon, etc., etc.

4° Dans les cas que je viens de citer, le repos absolu des malades dans la position horizontale avait été nuisible, en débilitant trop les malades, et en amenant le développement de gastralgies et d'accidents nerveux plus ou moins fatigants, pénibles ou fâcheux; des personnes qui étaient sur le lit depuis plus de trois ans ont été guéries en moins de deux mois, par les procédés que je viens d'indiquer, et en leur faisant porter une ceinture.

5° Une ceinture bien faite, soutenant l'hypogastre et le périnée, est devenue indispensable dans un grand nombre de cas; elle a rendu immédiatement l'exercice possible, ce qui a accéléré la marche du traitement.

6° Malgré des améliorations plus ou moins prolongées, je dois déclarer que je n'ai pu tirer aucun parti solide des cautérisations, dans les cas de véritable carcinôme utérin; mais l'issue fatale de ces maladies a été très-retardée par des pansements analogues à ceux que j'ai indiqués plus haut.

7° Il est faux que les cautérisations du col interne soit par le nitrate d'argent, soit par le nitrate acide de mercure, soit par la potasse, ou tout autre caustique, déterminent l'apparition des règles. Seulement la surface qu'on cautérise reste saignante, jusqu'à ce qu'on ait détruit les productions anormales des capillaires sanguins de ces régions.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.— Février 1840.

—

Digitized by Google

Sur la nicotiane et sur son action dans l'iléus, l'ischurie, la coqueluche, le tétanos et les paralysies; par M. Szerlecki.

Il a été démontré, par les faits nombreux que nous avons rapportés, que la diversité d'action de la nicotiane offre au praticien des ressources qu'il peut utiliser dans des circonstances qui ne sont pas rares à rencontrer; circonstances où les moyens ordinairement usités ne produisent pas l'effet attendu. En thérapeutique, il faut se tenir en garde avec autant de soin de l'inconstance dans l'emploi d'un remède que de l'engouement pour ce même remède; en d'autres termes, il faut avoir administré assez longtemps, et à doses convenables, un médicament, pour pouvoir apprécier le parti qu'on peut en tirer; c'est alors seulement que son insuffisance ou sa nocuité pourront être établies; et qu'il est important et sage de l'abandonner pour le remplacer par un autre remplissant la même indication, à moins que la maladie, ayant changé de nature, ne réclame un autre ordre de moyens. Ainsi, pour prendre la nicotiane pour exemple, de ce qu'elle agit, dans des circonstances données, comme la digitale, le tartre stibié, la belladone, l'opium, la noix vomique, il ne s'ensuit pas qu'on ne doive donner la préférence à ces médicaments, dès longtemps éprouvés, si l'on a à traiter une hernie étranglée, un tétanos, une paralysie, etc. Mais, dans ces cas extrêmes, il est important que la médecine soit armée de moyens propres à suppléer à l'insuffisance bien établie des premiers; c'est alors que la nicotiane offrira au praticien une ressource utile.

Ces principes une fois posés, nous allons suivre le mémoire de M. Szerlecki et terminer l'exposé rapide que nous avons commencé dans notre dernière livraison, de l'histoire de l'action thérapeutique de la nicotiane.

Ce médicament a été depuis très-longtemps employé dans le traitement de l'*iléus*. Sydenham déjà avait trouvé les lavements de tabac fort utiles, conjointement avec les saignées, dans cette maladie. Heister, Dehaen, G. C. Conradi ont rapporté des faits nombreux touchant cette efficacité. Hufeland vante également l'effet extraordinaire que produit le lavement d'une décoction de tabac dans l'affection qui nous occupe. Il a eu occasion de s'en convaincre plusieurs fois; il fait, entre autres, mention d'une dame qui souffrait déjà, depuis trois jours, d'un iléus, sans que les remèdes les plus efficaces eussent produit le moindre effet; on administra un lavement d'une demi-once de tabac; il s'ensuivit bientôt une forte syncope et un relâchement général de tout le corps, surtout dans le canal intestinal, qui avait été spasmodiquement contracté. La malade eut des selles abondantes, qui firent cesser les vomissements et amenèrent la guérison. M. Abercrombie regarde le lavement de tabac comme un remède de la plus grande efficacité contre l'iléus, quels que soient la forme et le stade de cette affection. Cependant il conseille, et avec raison, de procéder avec précaution dans son emploi, et de ne prescrire d'abord que 75 centig. (15 gr.) de feuilles, infusées pendant six minutes dans 180 grammes (℥ vj) d'eau bouillante pour un lavement; si au bout d'une heure il n'a pas eu de résultat, on pourra, dit-il, prendre 1 gramme (20 gr.), et augmenter ainsi la dose successivement jusqu'à ce que l'influence spécifique de ces lavements sur l'organisme se soit fait sentir; ce qui se manifeste par les symptômes connus: la tête se trouve prise, il y a une grande faiblesse musculaire, il y a vertiges, etc. Abercrombie répète ces lavements toutes les une ou deux heures, jusqu'à ce qu'ils produisent des selles. La méthode la plus convenable de traitement, dit-il, pour toutes les formes de l'iléus, consiste dans l'application des lavements de tabac comme il a été dit, et dans l'administration à fortes doses d'un purgatif doux, toutes les deux ou trois heures; de plus il est bon de faire pratiquer une ou deux saignées chez les personnes d'une constitution pléthorique. M. Moll s'est bien trouvé, dans un cas désespéré d'iléus, du lavement suivant, après avoir employé inutilement une foule de remèdes.

Prenez : Feuilles de nicotiane.	4 grammes (ʒj).
Eau bouillante. .	150 grammes (℥v).
Huile de croton tiglium.	gouttes (iij).
Gomme arabique.	6 grammes (ʒj ß).
F. S. L.	

Les lavements de tabac sont, dans le traitement de l'iléus spasmodique, bien préférables aux lavements d'infusion de belladone, recommandés dans ces derniers temps; car, quoiqu'on ne puisse pas nier l'efficacité de la belladone, les effets consécutifs narcotiques de celle-ci sont beaucoup plus dangereux et durent beaucoup plus longtemps que ceux de la nicotiane; puis les lavements de belladone pourraient, dans le cas où il y aurait une complication avec l'inflammation, qui est ici si difficile à reconnaître, augmenter l'inflammation, tandis qu'on le doit moins craindre des lavements d'infusion de nicotiane. La belladone accélère, comme nous l'avons dit, fortement le pouls, et si elle diminue la sensibilité trop grande des nerfs, ce n'est qu'en augmentant l'irritabilité vasculaire; et lorsqu'elle agit avec trop d'énergie (et qui peut mesurer d'avance l'action de ce narcotique puissant?) elle peut même occasionner une apoplexie, tandis que la nicotiane, à dose moyenne, a pour premier effet de paralyser, en quelque sorte en même temps, les deux agents de

Digitized by Google

la vie, la sensibilité nerveuse et l'irritabilité vasculaire.

Ischurie. Earle est le premier, je crois, qui ait publié des expériences sur l'efficacité du tabac contre les rétentions d'urine. On sait que des personnes qui souffrent depuis longtemps des retrécissements de l'urèthre, peuvent contracter, par des causes légères, une rétention d'urine complète. Cet accident arrive ordinairement parce que les muscles de l'urèthre se trouvent dans un état spasmodique. Ce fut principalement dans ces cas qu'Earle a constaté l'efficacité du tabac, quoiqu'il l'employait aussi avec succès dans les cas où il y avait une irritation inflammatoire manifeste.

Bingham a trouvé également les lavements d'infusion des feuilles de tabac et aussi ceux de fumée très-efficaces contre les rétentions d'urine. Westberg a constaté, dans cette maladie, l'efficacité de la teinture de nicotiane à l'intérieur, à la dose de vingt gouttes prises toutes les deux heures dans une décoction de graines de lin. L'effet avantageux ne se faisait attendre au plus que de deux à trois heures. La même teinture a eu des résultats avantageux entre les mains du docteur Bauer.

Coqueluche. Hufeland, Stoll, Himly, Pittscheft, etc., et avant eux Gesner, Mellin, Thilenius, ont reconnu l'efficacité de l'extrait de nicotiane dans la coqueluche. Voici la formule préconisée par Mellin :

Extrait de nicotiane, 1 gramme (20 grains).
Poudre de réglisse, q. s.
Faites des pilules de 10 centigram. (2 grains).

M. Pittscheft est un grand prôneur de ce moyen; *il traite la* coqueluche de la manière suivante :

Prenez : Feuilles de nicotiane 1 gramme (20 grains).
Faites infuser dans eau bouillante q. s.
Pour avoir. 180 grammes (℥vj) de liquide.
Ajoutez, sirop d'orgeat. 30 grammes (℥j).

Cette potion est administrée aux enfants de un à deux ans par cuillerée à café, toutes les heures; aux enfants plus âgés, deux cuillerées à café, et à ceux de huit à dix ans, une cuillerée à bouche. Lorsqu'il y a des saburres, il donne un vomitif; aux enfants qui abondent en glaires, et qui sont d'une constitution un peu atonique, il prescrit la préparation suivante :

Prenez : Nicotiane en poudre,	10 centigram.	(2 gr.).
Tartre stibié.	5 centigram.	(1 gr.).
Sucre en poudre.	8 grammes	(ʒij).
Gomme arabique.	2 grammes	(ʒß).

Faites 20 paquets; à prendre un paquet toutes les deux heures.

Si le remède provoque quelques vomissements, cela favorise la guérison. Ce médecin assure avoir eu d'heureux résultats de cette médication. Il observe toutefois qu'on ne peut pas guérir une coqueluche avant quatre semaines!

En résumé, le tabac paraît très-efficace dans la coqueluche; mais il ne faut l'employer qu'à petites doses. J'ai déjà parlé de l'action spécifique de la nicotiane sur le cerveau et le cervelet; cette substance est, à cause de cette action spéciale, certainement moins à craindre que la belladone.

Tétanos. L'emploi du tabac, dans le tétanos, date de longtemps. Royston, dans son *Histoire médicale du tabac*, fait mention d'un petit in-4° publié au commencement du dix-septième siècle, par Edmond Gartines, sous le titre *The Triall of tabacco*, dans lequel l'auteur parle déjà de cet emploi thérapeutique.

Il y a deux indications principales, suivant O. Beirne, dans le traitement du tétanos; 1° purger pour débarrasser les intestins et expulser les vers, qui souvent s'y trouvent dans ces cas; 2° employer un remède qui ait une influence avantageuse sur le système nerveux, et qui ne soit pas l'opium, car il augmente, dit-il, la constipation. Ce médecin croit avoir trouvé ce remède dans le tabac. Entre autres cas, il rapporte celui d'un garçon de treize ans, qui eut les deux pieds blessés très-dangereusement par une machine, et chez lequel les signes de tétanos se développèrent le lendemain; des lavements de toute espèce n'avaient pu rompre la constipation, lorsqu'on administra sous cette forme une infusion de deux grammes (ʒß) de tabac dans 240 grammes (℥VIII) d'eau; le malade ne put le garder que deux minutes; on le renouvela, il survint un malaise, des vomissements et de fortes sueurs à la tête et à la poitrine, puis des accès de syncope. On donna au bout de trois heures un autre lavement, qui provoqua des selles noires avec un ascaride. Les symptômes furent considérablement amendés, et la déglutition était devenue plus facile. Les lavements furent employés avec le plus heureux succès jusqu'au vingt-deuxième jour après la blessure; et comme à cette époque tous les symptômes de tétanos avaient disparu, on en cessa l'usage.

J. Norcom a également communiqué un cas de tétanos traumatique qui fut guéri par des lavements de tabac. Le malade était un cordonnier qui s'était fait une blessure à l'index de la main droite avec une alène. Le tétanos se déclara. Après l'emploi inefficace de plusieurs moyens, Norcom prescrivit des lavements avec une infusion de 8 grammes (ʒij) de tabac dans un kilogr. (une pinte) d'eau bouillante. Les symptômes du tétanos ne s'affaiblirent que par l'emploi desdits lavements, qui occasionnaient en même temps chaque fois des nausées, quelquefois

Digitized by Google

des vomissements, mais rarement une évacuation alvine. Norcom ajoute qu'il faut employer ces lavements avec beaucoup de circonspection chez les personnes dont les vaisseaux artériels se trouvent dans un état d'atonie; que, par contre, ils deviennent un remède très-précieux, si le malade est fort et robuste; s'il a un pouls serré, fort et plein; enfin, lorsque la saignée est indiquée.

J. Jackson conseille d'administrer la teinture de nicotiane à l'intérieur dans le tétanos. M. le docteur Bauer m'a assuré que, dans un cas de tétanos traumatique qui plus tard s'est terminé par la mort, aucun moyen n'avait pu calmer quelques instants seulement les contractions tétaniques, ni vaincre la constipation opiniâtre, que la teinture du tabac, donnée à la dose d'une à vingt gouttes par heure à l'intérieur, et de vingt à trente gouttes en lavements.

Dans ces cas, il est bon de rappeler encore le moyen que propose M. Earle; il veut qu'on introduise dans le rectum des suppositoires enduits d'extrait de tabac. Ce moyen mérite l'attention des praticiens; il est plus facile, de cette manière, de régler l'action du remède; de plus, il reste plus longtemps en contact avec la muqueuse du rectum, voie par laquelle les narcotiques agissent souvent plus fortement que par la bouche; du reste les lavements, et ceux de tabac surtout, sont difficiles à administrer dans le tétanos, et ne sont gardés qu'avec peine.

Cavenne, médecin de la Martinique, a envoyé à l'Académie de médecine, en 1837, un mémoire rempli de faits intéressants, d'où il résulte que les lavements de décoctions de tabac lui ont procuré des succès si prononcés, que cette substance pourrait être regardée comme la plus efficace que possède la matière médicale dans cette grave affection. La première fois que M. Cavenne employa le tabac, ce fut chez un nègre, qui, ayant été piqué au pied par une épine de bois de campêche, présenta bientôt un serrement des mâchoires avec renversement de la tête et courbure de la colonne vertébrale en arrière. La plaie fut incisée et agrandie; mais M. Cavenne, n'ayant à sa disposition aucune préparation d'opium, crut pouvoir remplacer ce narcotique par le tabac; il administra donc un lavement avec une forte décoction de cette plante. Une demi-heure après, le malade eut des nausées, des vomissements bilieux, des sueurs abondantes, des selles copieuses, et offrit les signes de l'ivresse et de l'anxiété qui annoncent un commencement d'empoisonnement par le tabac. Un relâchement subit et inespéré eut lieu dans tous les muscles contractés. M. Cavenne prescrivit encore des demi-lavements semblables de deux heures en deux heures. Les vomissements continuèrent toute la nuit, et le malade se trouvait mieux le lendemain. Il était en pleine convalescence le quatrième jour. Ce traitement a également réussi chez une mulâtresse, qui, après l'extraction d'une dent, fut prise de symptômes de tétanos, et dans plusieurs autres circonstances fort graves. Il paraît même avoir dissipé des accidents formidables chez un nègre qui, à la suite de la piqûre du serpent fer-de-lance, dont la blessure est presque toujours mortelle, éprouvait déjà les symptômes du tétanos. Les lavements de tabac ont encore été employé avec succès, par M. Cavenne, dans un cas de trismus survenu à la suite d'une piqûre par un éclat de verre s'accompagnant de symptômes hydrophobiques. M. O. Beirne emploie avec succès les lavements de tabac dans le traitement du tétanos traumatique. Son procédé consiste à introduire un tube de gomme élastique dans le rectum, qu'il pousse assez haut pour franchir cet intestin, qui participe au spasme général, et de faire ensuite l'injection du lavement. M. O. Beirne assure n'avoir pas perdu un seul de ses malades traités par cette méthode.

Paralysie. — Le tabac avait été recommandé déjà au dix-septième siècle, ainsi qu'on peut le lire dans l'ouvrage de Zvinger (1696) comme un moyen efficace dans le traitement des paralysies; mais c'est surtout dans ces derniers temps M. Fischer (1) qui a appelé l'attention des praticiens sur ce remède énergique, qui jouera un jour un rôle important dans la matière médicale. Il rapporte plusieurs observations qui prouvent que le tabac à petites doses et employé avec persévérance a une action stimulante sur le cerveau, le cervelet et la moelle épinière, et qu'il réussit dans l'incontinence d'urine causée par la paralysie du sphincter de la vessie, comme dans la paralysie des membres inférieurs. Parmi les faits rapportés par ce médecin, nous résumerons le suivant :

Obs. I. — Un homme âgé de 63 ans, doué d'une constitution robuste, abruti par des excès et surtout par la boisson, était, à la suite de deux attaques de paralysie, tombé dans l'état le plus désespéré; car depuis huit mois l'emploi des moyens les plus énergiques n'avait pu triompher de la paralysie du côté gauche, ni de l'incontinence d'urine amenée par la paralysie de la vessie. Il était si faible qu'on ne pouvait le lever que deux ou trois heures par jour; il présentait une disposition continuelle au sommeil, lequel était lourd et accompagné de respiration ronflante; le regard fixe, les pupilles élargies et moins sensibles à la lumière, annoncèrent une affection avancée du cerveau; c'est après l'insuccès de tous les autres remèdes, que M. Fischer se décida à essayer le tabac, qu'il ordonna de suite sous la forme suivante :

(1) Hufeland's Journal 1838.

Digitized by Google

Racine d'angélique	12 gram. (ʒ iij).
Racine de réglisse.	15 gram. (℥ ß).
Feuilles de nicotiane. . . .	4 gram. (ʒ j).
Eau bouillante.	240 gram. (℥ viij).

Faites une infusion.

A prendre toutes les demi-heures une cuillerée à bouche. L'angélique associée au tabac est, selon M. Fischer, un excellent correctif. Que ce soit sous forme d'infusion ou de poudre qu'il donne la nicotiane, ce médecin l'associe toujours avec un aromatique, l'angélique, le *calamus aromaticus* ou un oleo-saccharum de menthe; il obvie, dit-il, de cette manière à l'âcreté particulière du tabac, dont il conseille d'ailleurs de n'augmenter les doses qu'avec prudence.

Le malade supporta très-bien le nouveau remède; la dose fut augmentée de 1 gramme (20 grains) à chaque potion nouvelle. Après huit jours d'emploi, le malade n'urinait qu'à volonté; d'abord cette faculté n'eut lieu que pendant le jour, mais bientôt il en fut de même la nuit. En même temps l'esprit devint plus lucide, la mémoire s'améliora, les membres paralysés reprirent des forces et une mobilité plus grande, et s'il ne guérit pas entièrement, il était du moins assez bien pour être regardé comme tel; car, complétement paralysé d'abord, il pouvait marcher alors sans le secours de personne.

Obs. II. — Un jeune homme de 27 ans, d'une conformation grêle et délicate, et d'un tempérament sanguin et irritable, s'était tellement affaibli et énervé par des débauches *in Baccho et Venere*, qu'il eut des pollutions involontaires, même pendant le jour. Il était atteint d'une hypochondrie avec penchant au suicide, lorsqu'après un traitement infructueux, qui avait duré six mois, il demanda des conseils à M. Fischer. Ce jeune homme, auparavant beau et plein de santé, ressemblait à un vieillard amaigri, aux jambes chancelantes; figure maigre et livide, le regard mat, la vue affaiblie et la mémoire ruinée; il était hors d'état de se tenir longtemps debout; sa tête chauve, la colonne vertébrale courbée par la faiblesse, le pouls petit, accéléré et faible; la respiration libre, la voix sonore, il avait un appétit presque insatiable, quoiqu'il ne pût digérer que des aliments légers. M. Fischer choisit la nicotiane, pour traiter ce malade, comme un agent propre à déprimer la sensibilité et à exercer une action spécifique sur le cervelet, la moelle épinière et les nerfs qui en dérivent. Il ordonna d'abord, pour fortifier le malade, la gélatine de lichen d'Islande, avec addition d'extrait de quinquina préparé à froid, et à l'usage de bons bouillons. Il prescrivit ensuite le tabac sous forme de poudre, à la dose de 5 centigrammes (1 grain), et plus tard de 10 centigrammes (2 grains), avec l'oléo-saccharum de menthe poivrée, quatre fois par jour. Les pollutions cessèrent entièrement, après l'usage de ce remède continué pendant trois semaines; la gélatine de lichen, dont le malade s'était dégoûté, fut remplacée par une décoction concentrée de racine de colombo et de quinquina, mêlée avec le sirop de cannelle, sans toutefois discontinuer le tabac qu'il fit prendre à la même dose et avec addition de l'oléo-saccharum de *calamus aromaticus*; on n'eut qu'à se louer de ce traitement; car les forces du malade revinrent, mais lentement toutefois; enfin au bout de quelques mois il pouvait marcher avec assurance et être debout sans soutien.

Cette observation présente de l'intérêt pour le praticien; elle constate l'efficacité du tabac à petites doses contre les pollutions morbides. Il a agi dans ce cas, comme dans les précédents, en tonifiant le cervelet, la moelle épinière et les nerfs qui en émanent, et par suite de cette action corroborante, il a amélioré la digestion et tout l'organisme.

Bull. de thérapeutique.—Février 1840.

Recherches anatomico-pathologiques sur la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants (1); par MM. Barthez et Rilliet, docteurs en médecine, internes à l'hôpital des Enfants-Malades.

Les nombreux auteurs qui ont étudié le développement de la phthisie chez l'adulte, et indiqué avec plus ou moins d'exactitude les lois de la tuberculisation des glandes et des viscères, n'ont accordé qu'une légère attention aux lésions de l'appareil ganglionaire bronchique. Il sera facile de s'en convaincre en jetant les yeux sur le court article que leur consacre M. Louis dans son Traité de la phthisie.

« Nous ne parlons pas des glandes bronchiques parce que, après les avoir examinées attentivement comme les autres, nous avons le plus ordinairement négligé d'en tenir note. Mais nous croyons pouvoir affirmer, d'après nos dernières observations, que ces glandes ne sont pas plus souvent tuberculeuses que celles du mésentère ». (*Rech. anatomico-pathologiques sur la phthisie*, p. 107.)

(1) Ce mémoire, sur la tuberculisation des ganglions bronchiques, fait partie d'un travail beaucoup plus considérable sur l'affection tuberculeuse des enfants. Nous nous bornerons à reproduire ici des détails d'anatomie pathologique pure. Dans un autre article, nous exposerons les causes, les symptômes, la marche de cette forme particulière de la phthisie.

Digitized by Google

Nous regrettons que le savant pathologiste que nous venons de citer ne soit pas entré dans des détails plus circonstanciés et ne nous ait pas permis, par conséquent, d'établir un point de comparaison entre la fréquence et les divers modes d'altération des glandes bronchiques chez l'adulte, et la même maladie chez l'enfant.

Laënnec a étudié avec assez de détail la tuberculisation des ganglions bronchiques ; mais on pourra s'assurer, en lisant sa description, que les faits qu'il a cités ont été presque en entier empruntés à la pathologie de l'enfance.

« La matière tuberculeuse, dit le célèbre auteur de l'auscultation (t. I, p. 328), se trouve fréquemment seule dans les glandes bronchiques et quelquefois dans des cas où il n'y a ni tubercules dans les poumons ni signes d'une affection grave de ces organes; c'est surtout chez les enfants scrofuleux que ce cas se rencontre. La matière tuberculeuse est presque toujours déposée par infiltration dans le tissu des glandes bronchiques; très-rarement elle forme des masses isolées dans ce tissu. Les glandes bronchiques ainsi infiltrées peuvent acquérir le volume d'un œuf de pigeon ou de poule. Lorsque plusieurs glandes voisines sont affectées simultanément, elles se réunissent et se conglutinent souvent en une seule masse.

» La matière tuberculeuse, dans les glandes bronchiques, se ramollit de deux manières, tantôt en se séparant en deux parties, dont l'une ressemble à du caséum et l'autre à un petit-lait visqueux, ce qui n'a lieu que chez les scrofuleux ; tantôt sous forme d'un pus épais et grumeleux.

» Cette matière ainsi ramollie est enlevée par l'absorption, ou se fait jour dans les bronches. Dans ce dernier cas la glande reste quelquefois excavée, et la surface de cette excavation se tapisse d'une membrane accidentelle analogue aux membranes muqueuses, qui se joint par continuité de substance avec celle des bronches, au moyen de l'ouverture de communication qui reste fistuleuse. M. Guersent, médecin de l'hôpital des Enfants, a rencontré assez souvent ce cas, qui est beaucoup plus rare chez l'adulte; il a même vu des fistules semblables communiquer avec l'œsophage.

» Il n'est nullement douteux que l'excavation des glandes bronchiques en communication avec les bronches ne doive donner la pectoriloquie ; mais, à raison du lieu où se passerait ce phénomène, il serait difficile de ne le pas confondre avec la bronchophonie, qui, comme je l'ai dit, est extrêmement forte chez les enfants surtout, à la racine du poumon. Si cependant elle était jointe à un râle caverneux bien circonscrit, le diagnostic serait à peu près certain. »

D'après l'article que nous venons de citer, il est évident que Laënnec avait puisé ses connaissances sur la phthisie bronchique dans la Dissertation inaugurale que M. Leblond soutint en 1824. C'est dans cette thèse que l'on trouve, pour la première fois réunies en corps de doctrine et rapprochées les unes des autres, des observations disséminées dans différents recueils scientifiques; c'est donc à M. Leblond qu'appartient la priorité du sujet dont nous nous occupons maintenant. En énonçant ses principales idées et en exposant les faits nouveaux dont il a enrichi la science, nous ferons voir cependant qu'il a été loin d'embrasser son sujet dans son entier, et de faire ressortir des faits qu'il avait recueillis toutes les conséquences qui peuvent naturellement en découler. M. Leblond donna à la maladie qu'il décrivit le premier le nom de *phthisie bronchique*. Nous chercherons plus tard à déterminer jusqu'à quel point cette dénomination est d'accord avec les faits fournis par l'observation.

En tête de sa monographie, l'auteur a placé sept observations d'après lesquelles il a cherché à représenter les différentes formes que peut revêtir la phthisie bronchique. Les quatre premières observations sont des exemples d'infiltration tuberculeuse des ganglions bronchiques qui n'offrent aucune particularité remarquable; la cinquième est plus intéressante, car on y trouve un exemple d'une communication anormale entre une ouverture fistuleuse de la bronche droite et un ganglion bronchique ramolli ; l'observation sixième, plus curieuse encore, présente un cas de communication entre la bronche droite et l'œsophage, par l'intermédiaire du kyste d'un ganglion bronchique ; enfin dans la septième observation nous voyons les bronches communiquer avec des kystes ganglionaires, les uns vides, les autres à moitié remplis de matière tuberculeuse.

Dans la seconde partie de sa thèse, M. Leblond entreprend l'histoire dogmatique de la phthisie bronchique, et étudie successivement les causes, les symptômes, la marche, le diagnostic, la terminaison, le pronostic et enfin le traitement de la maladie.

Pour lui les causes de la phthisie bronchique sont les mêmes que celles indiquées par tous les auteurs comme productrices de l'affection tuberculeuse ; toutefois il fait jouer à l'inflammation un plus grand rôle que celui qu'on ne lui attribue dans les traités de pathologie les plus récents.

Quant au diagnostic, il convient que celui de la phthisie bronchique est difficile à établir, et nous sommes tout à fait d'accord avec lui, mais nous ne croyons pas qu'il ait simplifié la question par son exposé des symptômes : il est évident, soit par les faits qu'il rapporte, soit par ceux plus nombreux que nous citerons plus tard, que la plupart des symptômes indiqués par lui ont été plutôt le résultat de

Digitized by Google

spéculations théoriques que celui d'une saine et bonne observation.

La partie de son travail dans laquelle il s'occupe de la terminaison de la maladie, est à la fois plus intéressante et plus positive : une première espèce de terminaison est due, selon lui, à la résorption de la matière tuberculeuse. Il fait dépendre toutes les autres du rapprochement des parois du kyste bronchique, préalablement vidé des tubercules qui le remplissaient. Il ajoute que cette tendance du kyste à revenir sur lui-même est favorisée par la pression continue des organes qui l'environnent. Le fond du kyste ne tarde pas à venir s'appliquer sur l'ouverture de la bronche, et la continuité du canal est rétablie sans aucun rétrécissement. Cette explication est sans doute fort ingénieuse, mais nous regrettons que l'auteur n'ait pas cité à l'appui de son opinion quelques faits qui eussent porté dans l'esprit de ses lecteurs une conviction complète.

Dans le paragraphe consacré au pronostic, M. Leblond nous paraît aussi avoir raisonné d'après des inductions purement théoriques.

Quant au traitement, il l'établit d'après son étiologie de l'affection tuberculeuse : aussi conseille-t-il l'emploi des émissions sanguines, locales ou générales. La phthisie bronchique étant confirmée, il prescrit alors de les employer avec plus de réserve.

M. Tonnelé, dans son mémoire intitulé : *Observations et Réflexions sur les principaux cas de tubercules observés à l'hôpital des Enfants* (Journal hebdomadaire, 1829, t. IV et V), ne dit que quelques mots des tubercules des ganglions bronchiques. Nous sommes d'autant plus étonnés qu'un aussi bon observateur n'ait pas donné une description complète des maladies de ces organes, que son attention devait tout naturellement être portée sur ce sujet, puisque son travail était postérieur à celui que nous venons d'analyser. M. Tonnelé se contente de parler des accidents qui peuvent dépendre de la compression des bronches ou des vaisseaux par des ganglions augmentés de volume. Il fait observer ensuite qu'il n'y a aucun rapport entre la phlegmasie du poumon et des bronches, et le développement des tubercules dans les ganglions.

De nouvelles recherches, sur l'affection tuberculeuse des glandes bronchiques, furent publiées, plus tard, par M. Berton, dans un mémoire qui obtint, en 1830, une médaille de la Société médicale d'émulation et que l'on trouve reproduit en entier, dans son traité des maladies des enfants. Un grand nombre de faits indiqués par cet auteur avaient déjà été consignés dans la Thèse que nous avons tout à l'heure longuement analysée.

De même que M. Leblond, M. Berton admet l'influence de l'inflammation sur le développement de la matière tuberculeuse ; il croit trouver un argument victorieux à l'appui de cette idée, en indiquant la coïncidence de l'inflammation, et du dépôt du tubercule dans un même ganglion. Du reste, il paraîtrait assez porté à admettre une identité de nature entre les glandes bronchiques tuberculeuses et les granulations pulmonaires décrites par Bayle.

C'est avec raison que M. Berton ne partage pas les idées émises par M. Leblond, sur la symptomatologie de la phthisie bronchique ; il reconnaît que la plupart des symptômes indiqués par celui-ci sont illusoires ou impossibles à constater. Il termine son travail en disant quelques mots du pronostic et du traitement.

Les seuls faits réellement nouveaux que nous semble contenir ce mémoire, sont, d'une part, deux exemples de perforations de l'artère pulmonaire, rapportés avec assez de détails à la fin de l'ouvrage, et de l'autre un cas de pneumo-thorax brièvement indiqué.

M. Andral, dans deux passages différents de sa *Clinique médicale* (t. I, page 142, et t. II, page 204), en décrivant les maladies des ganglions bronchiques, a reproduit quelques-uns des faits mentionnés dans la thèse de M. Leblond, à laquelle il renvoie le lecteur pour plus de détails. Nous ne devons pas omettre d'indiquer ici que M. Andral, après avoir parfaitement décrit la marche des ulcérations bronchiques en contact avec les ganglions tuberculeux, affirme n'avoir pas observé de lésion analogue chez l'adulte.

Les différents auteurs que nous venons de citer, ont, sans contredit, rapporté des faits nouveaux et intéressants ; mais ont-ils traité leur sujet dans toute son étendue ; nous ne le pensons pas ; car pour donner une histoire complète de l'affection tuberculeuse des glandes bronchiques, il eût fallu posséder des observations plus nombreuses et surtout plus complètes que celles qu'ils avaient recueillies.

Ce qu'ils n'ont pas fait, nous allons l'essayer aujourd'hui, profitant tout à la fois des travaux de nos devanciers et des faits plus nombreux et plus scrupuleusement observés que nous avons été à même de constater.

Pour procéder méthodiquement dans notre description, nous allons dire d'abord quelques mots de l'anatomie normale des ganglions bronchiques ; puis, dans un second chapitre, nous passerons en revue les différents détails d'anatomie pathologique. Ainsi, nous examinerons successivement le mode du dépôt de la matière tuberculeuse, l'état du tissu du ganglion, et le kyste qui l'enveloppe.

Nous décrirons ensuite, la forme et le volume que ces ganglions peuvent acquérir ; puis, nous passerons à l'examen des différentes lésions produites par le ramollissement des tubercules.

Les kystes bronchiques, leur communication avec

Digitized by Google

les bronches, l'état du tissu pulmonaire environnant, attireront ensuite notre attention ; puis, tout naturellement, nous étudierons les accidents par la communication de ces kystes avec la cavité pleurale, l'artère pulmonaire, les bronches ou l'œsophage ; nous mentionnerons aussi ceux qui résultent de la pression exercée par les ganglions tuberculeux sur les organes environnants.

Enfin nous n'aurons garde d'oublier les rapports qui existent entre la phthisie pulmonaire et la phthisie bronchique, et de la comparaison de ces deux maladies ressortiront, nous le pensons, des faits intéressants.

Article I. — *Anatomie normale.*

M. Bourgery est celui des anatomistes modernes qui a décrit avec le plus de détails la disposition générale des ganglions bronchiques. Il a surtout eu soin de les distinguer en deux ordres. Il a appelé les uns ganglions intérieurs ou profonds, les autres ganglions extérieurs : « Les premiers, assez nombreux, sont placés dans les embranchements des vaisseaux sanguins et aérifères. D'abord très-petits et de forme circulaire, dans la profondeur, ils augmentent graduellement de volume, ovalaires, aplatis entre les canaux, de six à huit lignes dans leur grand diamètre à la racine des poumons, sur les gros vaisseaux où ils reçoivent par les diverses ramifications, des rameaux afférents plus forts et plus nombreux.

» Les ganglions extérieurs composent un grand amas médian central, situé dans l'écartement des bronches, entre ces canaux, les gros vaisseaux pulmonaires et l'aorte, et qui prend le nom de *ganglions bronchiques*. Ces ganglions reçoivent : 1° les vaisseaux afférents, profonds ; 2° les vaisseaux superficiels provenant d'une traînée de ganglions supérieurs et inférieurs à la racine médiane, trois ou quatre de chaque sorte, disposés verticalement en arrière de la face interne du poumon gauche. Les inférieurs versent leurs affluents dans les ganglions sous-bronchiques ; les supérieurs dans les petits ganglions de la bronche et du tronc pulmonaire gauche ou dans ceux de la crosse aortique. A droite, les ganglions, moins nombreux et plus concentrés vers la racine du poumon, se vident par de nombreux rameaux dans les ganglions sous-bronchiques en dedans, et en haut dans les ganglions trachéaux de leur côté.

» *La masse centrale bronchique* se compose de huit à dix ganglions d'un fort volume, compris au-dessous de la trachée dans l'écartement des bronches, circonscrits d'arrière en avant par les attaches fibreuses du péricarde à la bifurcation de la trachée et à l'aorte. Ces ganglions, d'un rouge brun dans l'enfance, sont remarquables chez l'adulte par une couleur noirâtre qui augmente graduellement d'intensité avec l'âge. Cette coloration, due à la présence de la matière noire pulmonaire, avait fait penser à quelques auteurs qu'ils en étaient les organes sécréteurs, tandis que cette matière n'est qu'un produit de l'absorption pulmonaire. »

Nous n'avons que peu de chose à ajouter à cette description, nous nous bornerons à faire observer que par une dissection attentive, on peut quelquefois suivre les ganglions intérieurs accolés aux parois bronchiques jusqu'au niveau de la troisième, quatrième et même cinquième division des bronches ; mais au delà ils échappent à la vue à cause de leur ténuité. On peut aussi, comme M. Cruveilhier l'a fait remarquer, observer assez fréquemment des ganglions bronchiques dans les scissures inter-lobaires. Il nous est même arrivé une fois de constater leur présence à la face externe et antérieure d'un des poumons. Dans ce cas, un petit corps qui présentait tous les caractères d'un ganglion bronchique normal, était situé tout auprès d'un noyau du même volume, évidemment tuberculeux. Les ganglions qui pénètrent dans l'intérieur du poumon adhèrent à peine aux bronches, et lorsqu'ils sont sains, le parenchyme qui les entoure n'a subi aucune altération.

Art. II. — *Anatomie pathologique.*

Le dépôt de la matière tuberculeuse dans les ganglions bronchiques est en général amorphe. Cependant nous avons vu des cas dans lesquels ce produit accidentel se présentait sous forme de granulations jaunes, c'est-à-dire de petits grains jaunes arrondis, du volume d'une petite tête d'épingle, répandus çà et là dans le tissu du ganglion. D'ordinaire les parties centrales sont les premières envahies, et la tuberculisation s'étend peu à peu à la circonférence, où l'on retrouve quelquefois les petits tubercules jaunâtres qui indiquent la manière dont s'est effectuée la dégénérescence. Une seule fois nous avons rencontré des granulations grises dans les ganglions bronchiques. Voici notre description, textuellement copiée sur nos notes :

Ganglions bronchiques tuberculeux. — « Dans plusieurs on trouve à la fois des tubercules crus bien dessinés et une certaine quantité de granulations grises demi-transparentes, parfaitement distinctes (semblables à celles du poumon dont les caractères physiques avaient été soigneusement indiqués), et jetées par places au milieu du tissu de la glande, qui en d'autres points est entièrement tuberculeuse. Cet examen a été fait avec le plus grand soin. Dans quelques ganglions, la partie tuberculeuse est du côté de la bronche, tandis que la partie granulée est du côté du poumon ; dans d'autres le tubercule cru

Digitized by Google

est à la circonférence, et au centre on voit un groupe de granulations demi-transparentes au milieu du tissu glanduleux sain. »

Lorsque les ganglions ont subi la dégénérescence tuberculeuse, ils sont loin d'offrir tous le même volume et le même degré d'altération. Ainsi, dans quelques cas, on trouve seulement cinq ou six ganglions tuberculeux entourant les bronches de l'un ou l'autre poumon ; dans d'autres cas, ils sont beaucoup plus nombreux, rapprochés les uns des autres, formant une masse volumineuse à la partie postérieure de la bifurcation des bronches, et quelquefois même s'avançant au niveau de la partie antérieure de la trachée, qu'ils débordent dans une étendue plus ou moins considérable. Ils empiètent alors sur l'espace occupé par le poumon, compriment plus ou moins cet organe, et peuvent ainsi donner lieu à des symptômes qui induisent en erreur sur la nature réelle de l'affection thoracique.

Cette augmentation considérable de volume porte presque uniquement sur les ganglions extérieurs au poumon, qui peuvent dans ce cas acquérir le volume d'un gros œuf de pigeon. Cependant, en général, des masses tuberculeuses de pareille dimension sont le produit de l'agglomération de ganglions primitivement isolés.

Les ganglions intérieurs, au contraire, n'acquièrent jamais un volume aussi considérable et ne dépassent guère celui d'une noisette mondée ou d'une petite amande, on les suit dans la profondeur de l'organe jusqu'au niveau des troisième et quelquefois des quatrième bifurcations des bronches. Le plus souvent ils sont accolés aux conduits aérifères dans le sens de leur longueur et offrent alors une *forme elliptique*; d'autres fois leur réunion forme une sorte de croissant qui entoure une partie de la circonférence de la bronche, la partie convexe du croissant étant tournée du côté du poumon et la partie concave du côté de la bronche.

Serait-ce à cette altération des ganglions bronchiques qu'on devrait rapporter les dépôts cylindriques de matière tuberculeuse qui entourent quelquefois la presque totalité des ramifications bronchiques d'un petit calibre ?

Les ganglions extérieurs ou intérieurs sont, en général, enveloppés d'un kyste à paroi mince, auquel adhère intimement une couche de matière tuberculeuse. Lorsqu'on détache cette couche, il n'est pas rare de voir une arborisation vasculaire, très-fine et très-deliée, sur la face interne du kyste. Quand la dégénérescence du ganglion est récente, et que cet organe n'est pas encore ramolli, la paroi du kyste paraît unique. A cette époque de la maladie, il est en contact, par sa face extérieure, avec le poumon, les bronches et les vaisseaux auxquels il adhère plus ou moins intimement.

De ces trois organes, les bronches étant celui qui se laisse le plus difficilement déprimer, il s'ensuit qu'il s'établit une adhérence beaucoup plus intime entre elles et les ganglions qu'entre ces derniers et le parenchyme pulmonaire ou les vaisseaux.

Ce fait n'est pas sans importance ; il nous servira à expliquer, plus tard, la fréquence des altérations des bronches, et la rareté de celle des vaisseaux et des poumons.

Dans les points où les ganglions sont unis aux bronches, cette union est plus ou moins intime, suivant l'ancienneté de la maladie. Elle a lieu par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire qui, primitivement assez lâche, devient, de jour en jour, plus serré. Quelquefois des vaisseaux assez volumineux pour être visibles à l'œil nu, établissent la communication du ganglion à la bronche. A cette période, on peut encore l'énucléer, et l'on trouve la paroi externe du conduit bronchique présentant une injection très-vive. Plus tard, l'adhérence devient tellement intime que l'on ne peut détacher le ganglion sans qu'une partie de son tissu ne reste accolée à la bronche elle-même, qui, dans quelques cas rares, offre en ce point une dépression assez sensible.

Cette union des deux organes établie, il survient une série de changements qu'il est important d'examiner, et qui consistent, en général, soit dans le ramollissement de la matière tuberculeuse, soit dans la communication du kyste ganglionaire avec l'intérieur du canal bronchique.

Pour que cette communication s'établisse, faut-il nécessairement admettre un ramollissement préalable du tubercule, ou bien ce ramollissement lui-même n'est-il que l'effet de l'inflammation ulcérative développée dans les tissus qui unissent les ganglions à la bronche ?

En général, la perforation bronchique est d'autant plus étendue que la matière tuberculeuse est plus ramollie ; mais, nous avons vu aussi des cas, et tout récemment encore, dans lesquels le fond de la perforation était occupé par un ganglion bronchique à l'état de crudité ; ce qui tendrait à faire croire que la production de cette perforation ne dépend pas constamment du ramollissement de la matière tuberculeuse, mais qu'elle peut bien être due au travail inflammatoire déterminé par la pression longtemps continuée du ganglion malade.

Si nous nous en rapportions seulement à nos souvenirs, nous regarderions ce dernier cas comme assez fréquent : maintes fois, à une époque où notre attention n'était pas dirigée d'une manière spéciale sur la phthisie bronchique, nous avons rencontré, en incisant les bronches, des tubercules volumineux, à l'état de crudité, qui, en certains points, formaient la paroi de ces canaux, et dont la disposition annonçait évidemment l'origine ganglionaire. Maintenant

Digitized by Google

que nous examinons avec le plus grand soin les rapports qui existent entre les altérations des ganglions et celles des bronches, nous constatons cette forme de lésion dans un grand nombre de cas, où nous rencontrons des tubercules dans les ganglions bronchiques, chez des enfants âgés de deux à quatre ans.

Les caractères des perforations varient suivant qu'elles sont récentes ou anciennes, qu'elles communiquent avec un kyste rempli de matière tuberculeuse ramollie, ou bien, au contraire, qu'elles sont en contact avec un tubercule à l'état de crudité. Dans ce dernier cas, les bords de la perforation sont tranchants, assez exactement arrondis, et n'offrent pas, d'ordinaire, de traces d'injection.

Dans l'autre, au contraire, la paroi de la bronche, en rapport avec le kyste, est d'un rouge vif, usée de dehors en dedans, et la perforation présente des bords inégaux, dans lesquels on rencontre quelques débris de cerceaux cartilagineux.

Cette marche de l'ulcération de dehors en dedans est des plus évidentes, et ne pourrait être confondue avec les ulcérations, suite de l'inflammation de la muqueuse bronchique. Ces dernières, en effet, sont très-rares, et ne produisent presque jamais une perforation complète du canal. Enfin, nous croyons entraîner la conviction en citant ce fragment de l'une de nos observations.

« La cavité du ganglion communique avec la bronche, au moyen de deux perforations parfaitement arrondies, lorsqu'on les regarde par la face interne de la bronche. La muqueuse de leurs bords est, comme dans le reste de la bronche, d'un rouge vif, épaissie, et non sensiblement ramollie. Mais, la face externe de la bronche, usée de dehors en dedans, présente, au pourtour de la perforation, une surface inégale d'un rouge vif, par places, avec débris cartilagineux saillants, et, ailleurs, *des culs-de-sac, dont la perforation était imminente.* »

La situation du kyste ganglionaire, dans les cas où il communique avec les bronches, est loin d'être toujours la même. Quelquefois facile à reconnaître et à limiter, le kyste est situé dans le voisinage d'une bronche-mère, et ne présente que des rapports éloignés avec le poumon lui-même : on aperçoit alors, à la surface antérieure ou postérieure d'une des deux bronches, une tumeur molle, fluctuante, variant entre le volume d'une noisette et celui d'un œuf de pigeon. Par l'incision, il s'en écoule une quantité plus ou moins considérable de liquide blanchâtre grumeleux.

La tumeur une fois vidée du fluide qu'elle contenait, on voit qu'elle est tapissée à l'intérieur par une fausse membrane rouge, inégale, assez épaisse, et qui, quoi qu'en ait dit M. Leblond, est loin de présenter l'aspect et la couleur de la muqueuse bronchique, dont il est, du reste, impossible de constater le point de jonction avec elle. En contact avec la pseudo-membrane se trouve une couche de tissu blanchâtre, assez dense, de nature tuberculeuse; cette couche, quelquefois aplatie et comme lamelleuse, simule une seconde fausse membrane.

Le kyste bronchique, dont nous venons d'indiquer la disposition générale, est loin d'être toujours situé à l'extérieur du poumon : fréquemment, soit des ganglions tuberculeux, soit des kystes, contenant de la matière tuberculeuse ramollie, ont avec le tissu des poumons des rapports plus ou moins intimes. Et, pour ne parler d'abord que des ganglions bronchiques tuberculeux non ramollis, nous ferons remarquer qu'ils peuvent être situés soit à l'extérieur, soit à l'intérieur du poumon.

Dans le premier cas, leur origine est facile à reconnaître, car ils se joignent aux autres masses ganglionaires situées à l'entour des bronches; dans l'autre, au contraire, ils ont pénétré à une profondeur plus ou moins considérable dans le parenchyme lui-même, et après avoir augmenté de volume, ils ont peu à peu refoulé le poumon de façon à ce qu'au premier abord on pourrait croire que l'on a affaire à un véritable tubercule tout à fait indépendant des ganglions bronchiques; mais on ne pourra se méprendre sur la nature réelle de l'affection en tenant compte, d'une part, du siége de la masse tuberculeuse, d'autre part, du kyste qui l'entoure.

L'état du parenchyme autour du tubercule bronchique non encore ramolli, varie. Le plus souvent il est souple, rosé, crépitant; d'autres fois, surtout dans les cas où les ganglions sont situés à la face interne du lobe supérieur, la plèvre est légèrement opaline, et le poumon dans un état voisin de la carnification.

Des considérations plus intéressantes ressortent de l'examen des rapports qui existent entre les kystes bronchiques contenant de la matière tuberculeuse ramollie et le poumon. De deux choses l'une, ou bien le kyste ganglionaire ne communique ni avec les bronches ni avec le poumon, et joue alors le même rôle que le tubercule bronchique cru, ou bien, au contraire, une communication est établie entre ce kyste, le parenchyme pulmonaire et les bronches.

Le kyste est-il situé à l'extérieur du poumon? La communication s'établit alors entre le tissu de cet organe et la cavité ganglionaire; une coupe intéressant ces deux parties, fait voir le parenchyme traversé par des cavités que séparent des cloisons formées par son tissu carnifié. Ces cavités, qui communiquent largement avec le kyste bronchique, sont tapissées par de fausses membranes tout à fait analogues à la sienne.

Quelle est la nature de ces cavités secondaires? Sont-elles dues à une destruction du tissu pulmo-

Digitized by Google

naire, ou bien, au contraire, appartiennent-elles à des divisions du kyste bronchique qui ont pénétré le poumon en le déprimant? Cette dernière opinion paraît la plus probable, surtout lorsque l'on vient à considérer l'état du parenchyme qui entoure ces cavités : c'est au moins ce qui arrive très-évidemment dans un certain nombre de cas, comme le prouve une de nos observations, dans laquelle nous avons décrit une tumeur ganglionaire qui, ayant déprimé le poumon, s'y était fait une sorte de loge avec prolongements en divers sens : cette loge, assez volumineuse pour contenir une grosse noix, était tapissée en dehors du côté du poumon par la plèvre manifestement continue avec la plèvre du reste du poumon, mais seulement épaissie et doublée d'une couche mince de tissu pulmonaire condensé.

Quelquefois le kyste bronchique extérieur du poumon communique avec une véritable caverne, et cette communication s'établit au moyen de canaux cylindriques tapissés d'une membrane analogue à celle du kyste. Dans tous les cas dont nous venons de parler, la nature de la maladie est facile à reconnaître, une portion du kyste étant extérieure au poumon.

Mais lorsque le kyste, profondément situé dans l'intérieur du parenchyme, communique largement avec les bronches, ou bien a déterminé l'ulcération des tissus avoisinants, il est extrêmement difficile de reconnaître la nature de la maladie; et nous ne doutons pas que dans maintes circonstances on n'ait décrit comme de véritables cavernes ces kystes situés à une assez grande profondeur dans l'intérieur du poumon. Ainsi il nous est arrivé, après avoir pratiqué une coupe à la partie postérieure du poumon, au niveau de son tiers inférieur à peu près, de pénétrer dans une excavation assez vaste, demi-pleine de matière tuberculeuse peu consistante, entourée d'un parenchyme induré. Nous crûmes avoir affaire à une caverne pulmonaire, mais après avoir prolongé notre incision jusqu'à la racine du poumon, nous nous assurâmes que la masse tuberculeuse, que nous avions constatée dans l'excavation, n'était autre chose qu'un ganglion bronchique ramolli.

Voici la description complète du poumon qui nous a offert cette curieuse lésion.

« Le poumon droit, revêtu par des fausses membranes tuberculeuses dans toute sa partie postérieure, est aplati, diminué de volume, ses trois lobes sont intimement unis. A la coupe pratiquée de haut en bas, on voit que le parenchyme est assez flasque, difficilement pénétrable au doigt, rouge, lisse; la pression en fait découler une petite quantité de liquide non spumeux; en un mot, il est dans un état voisin de la carnification. Au niveau de l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, le poumon est dur au toucher; par la coupe on pénètre dans une excavation capable de loger une petite noix; cette excavation est au quart pleine de matière tuberculeuse ramollie; dans son fond on aperçoit une masse tuberculeuse du volume d'une grosse noisette, qui forme la paroi antérieure de l'excavation. En pratiquant une large coupe verticale au niveau de la caverne, on divise le poumon de part en part et avec lui la masse tuberculeuse que l'on apercevait au fond de l'excavation. On peut s'assurer alors que cette masse n'est ramollie que dans le point où elle forme paroi à la cavité. A l'extérieur du poumon près de sa racine, elle fait une saillie entourée de plusieurs glandes bronchiques tuberculeuses, qui en ces points offrent la même consistance, le même aspect, et sont entourées d'un kyste analogue au sien. Le parenchyme pulmonaire qui constitue les autres parois de la caverne est dur au toucher, difficilement pénétrable au doigt, se précipite au fond de l'eau. Ce tissu est creusé de trois ou quatre petites excavations capables de loger une lentille, elles sont remplies de fluide jaunâtre, on n'aperçoit pas distinctement de tubercules dans ce poumon. La caverne communique avec une grosse bronche qui est détruite au point où elle pénètre dans son intérieur; là ses bords sont frangés. Une autre bronche plus petite est jetée comme un pont au travers de l'excavation et va se perdre dans ses parois; elle est rouge, paraît amincie, en deux ou trois points ses parois latérales sont perforées. A l'intérieur, la caverne n'est tapissée d'aucune fausse membrane. »

Pour distinguer ces fausses cavernes des véritables, il faut avoir égard à diverses circonstances; d'une part, à leur situation, de l'autre, à leur structure et au mode d'altération des tissus avoisinants. Ainsi, le plus ordinairement, la caverne ganglionaire (qu'on nous passe cette expression) est lisse à son intérieur et revêtue de la fausse membrane rouge dont nous avons déjà parlé; en général elle est peu volumineuse; sa communication avec les bronches, quand elle a lieu, existe sur les parties latérales de ces conduits, et l'ouverture est ordinairement arrondie, à bord minces et tranchés. De plus, ces fausses cavernes aboutissent presque toujours à la racine du poumon, et, comme nous l'avons vu dans le cas particulier que nous avons cité précédemment, offrent pour parois internes des masses tuberculeuses, attenantes aux masses ganglionaires bronchiques.

Les cavernes pulmonaires présentent des caractères différents : ainsi elles sont plus considérables, irrégulières à leur intérieur, souvent parcourues par des brides du tissu pulmonaire hépatisé ou infiltré de matière tuberculeuse, ou bien encore par des vaisseaux. Les bronches communiquent directement avec elles par leurs extrémités et non point latéralement; de plus elles sont séparées de la racine du poumon par une étendue plus ou moins consi-

dérable, et ainsi complétement isolées des ganglions bronchiques.

Toutefois, dans *une seule* de nos observations, nous avons vu des bronches ulcérées sur leur paroi latérale communiquant avec une véritable caverne du lobe inférieur, et nous sommes entrés dans trop de détails pour nètre pas convaincus que cette excavation était tout à fait indépendante des ganglions bronchiques, comme on pourra s'en assurer en jetant les yeux sur la description suivante :

« Les bronches du lobe inférieur du poumon droit ont un volume considérable; elles sont d'un rouge vineux et cependant lisses, polies, non ramollies; elles contiennent un liquide grisâtre médiocrement aéré. En ouvrant la deuxième division bronchique, on arrive à une ouverture faite aux dépens de la paroi postérieure de la bronche que l'on peut suivre au delà. Cette ouverture a 13 millimètres de long, 10 de large, et est parfaitement elliptique. Ses bords, d'un rouge vineux, assez réguliers, légèrement décollés en quelques points, sont formés par la membrane muqueuse ulcérée. Cette ouverture conduit dans une cavité qui peut contenir un œuf de moineau, et dans laquelle sont quelques débris tuberculeux. Ses parois sont formées par une membrane d'un rouge ecchymotique, très-molle et s'enlevant facilement. On voit à sa partie postérieure l'ouverture d'une autre bronche ulcérée dans tout son pourtour. A sa partie postérieure et inférieure elle communique avec plusieurs autres cavités supplémentaires, mais pareilles. *Elle n'a aucun rapport avec les ganglions bronchiques*. Le tissu pulmonaire, entièrement hépatisé au deuxième degré, très-mou et finement granuleux, est immédiatement autour de la caverne infiltré d'une multitude de tubercules de forme irrégulière et mal limités.

Les ganglions bronchiques du côté droit forment en dehors du poumon une masse un peu plus grosse qu'un œuf de pigeon, longeant toute la face interne de l'organe. Cette masse est composée de tubercules crus, qui n'accompagnent les bronches qu'à une petite profondeur. Ces tubercules entourent la première division bronchique, en décrivant autour d'elle une demi-circonférence dont la convexité regarde le poumon et fait une saillie considérable. »

Nous avons insisté sur ce diagnostic différentiel d'anatomie pathologique, parce que la distinction entre les deux lésions est réellement difficile à établir, et qu'une fois posée elle ramène à la loi commune des faits pathologiques qui en apparence tendraient à s'en écarter. Ainsi peut-être serait expliquée la fréquence des cavernes dans le lobe inférieur du poumon chez les enfants.

Jusqu'ici nous nous sommes attachés, dans une description générale, à indiquer la disposition des tubercules bronchiques, des kystes auxquels ils donnent naissance, des communications de ces kystes avec les bronches, du mode de formation des perforations bronchiques, etc., etc. Mais avant d'aller plus loin, nous croyons devoir donner le rapport numérique de ces différentes lésions.

Sur vingt-six observations, qui ont servi de base à ce travail, dix-huit fois le kyste communiquait avec les bronches ou le parenchyme. Cette communication avait lieu en différents points de ces conduits, tantôt à droite, tantôt à gauche, et dans la proportion suivante : douze fois à droite, cinq fois seulement à gauche; une fois la perforation était double.

D'où vient cette disproportion entre la fréquence des lésions des bronches droites et celles des bronches gauches? L'anatomie normale pourrait-elle en rendre compte, et devrait-on la faire dépendre de la plus grande largeur de la bronche-mère du poumon droit, et de ce que cette bronche, entourée de ganglions plus nombreux, est par cela même exposée à des lésions plus fréquentes ? Ce fait tiendrait-il à ce que, d'un autre côté, la bronche gauche, protégée supérieurement par l'aorte et postérieurement par l'œsophage, est mise ainsi à l'abri des altérations dues au contact des ganglions tuberculeux ?

Cette opinion acquiert, ce nous semble, un grand degré de probabilité quand on considère que les perforations de la bronche gauche n'existent presque jamais sur la bronche-mère de ce poumon, mais qu'on les observe tantôt sur celles du lobe inférieur, tantôt sur celles du lobe supérieur, tandis qu'au contraire la bronche-mère du lobe droit communique le plus ordinairement avec le kyste ganglionaire.

La communication entre les bronches et le kyste était infiniment plus fréquente qu'entre ce dernier et le tissu pulmonaire dans le rapport de quinze à trois. Jamais il n'y eut plus de trois perforations sur une bronche, le plus communément une, également deux et trois : presque toujours les perforations existaient sur des bronches d'un calibre considérable, soit sur celle d'un poumon tout entier, soit sur celle d'un des lobes supérieur ou inférieur.

Dans ces derniers cas, le siége de l'ulcération bronchique ne dépassait guère la première bifurcation.

Comme nous l'avons indiqué tout à l'heure, la communication avec le poumon est infiniment plus rare, nous ne l'avons observée que trois fois. Dans deux cas qui nous appartiennent, elle existait au moyen de trois orifices, une fois à la partie interne du lobe supérieur droit, une autre fois au centre du lobe inférieur, et enfin dans un dernier cas que nous empruntons à M. Berton, le kyste commu-

Digitized by Google

niquait avec une caverne pulmonaire dont le siége précis n'est pas bien indiqué.

Il nous a été impossible de vérifier par des faits l'hypothèse imaginée par M. Leblond pour expliquer le mode de guérison de la phthisie bronchique. Nous n'avons jamais rien trouvé qui ressemblât à ces culs-de-sac, dont le fond serait très-rapproché de l'orifice bronchique et finirait dans certains cas par former paroi au canal lui-même. Très-rarement nous avons constaté au milieu des tubercules qui infiltraient les ganglions quelques points crétacés; mais nous n'avons pas observé de cas dans lesquels la matière crétacée fût contenue dans une enveloppe kystique.

Nous ne devons pas oublier, en terminant cet article, de rappeler que les abcès des ganglions bronchiques peuvent simuler quelquefois les kystes dus au ramollissement des tubercules : il suffit pour éviter l'erreur d'examiner avec soin la nature du liquide, qui est homogène, non grumeleux, et ne contient pas de débris de matière tuberculeuse. Du reste l'inflammation des glandes bronchiques terminée par suppuration est une maladie fort rare. On en trouvera cependant un exemple bien tranché dans la note que nous allons transcrire. Nous la devons à l'obligeance de notre ami et collègue M. Fauvel : « Les ganglions bronchiques sont généralement volumineux, rougeâtres ou un peu jaunâtres et ramollis. L'un d'eux, placé à la racine du poumon droit à l'angle rentrant de la bifurcation des bronches, est converti en un foyer purulent qui simule un abcès ou une caverne pulmonaire d'autant mieux que le tissu pulmonaire environnant est hépatisé. La membrane extérieure du ganglion forme un kyste noirâtre avec des filaments flottants, elle circonscrit exactement la glande ramollie. *Aucun des ganglions ne contient de matière tuberculeuse, il n'y en a pas non plus dans les autres organes.* »

Les considérations que nous venons de développer ne sont pas les seules qui ressortent de ce sujet si fécond.

La phthisie bronchique, par sa marche, par sa nature, et surtout par les accidents qui l'accompagnent, offre une similitude presque parfaite avec la phthisie pulmonaire; l'une comme l'autre est le résultat d'un dépôt de matière tuberculeuse. Dans l'une comme dans l'autre le produit accidentel subit différentes phases depuis le moment où, déposé dans l'intérieur de l'organe, il va toujours en augmentant de volume jusqu'à celui où ayant acquis son entier développement, il finit par se ramollir. De là, dans le poumon comme dans le ganglion bronchique, naît une excavation; et dans l'un et l'autre cas ces cavernes, en communiquant avec l'air extérieur par l'intermédiaire des conduits aérifères, peuvent, par la rupture de leurs parois, donner lieu à cet effrayant cortége de symptômes qui accompagne la perforation du poumon.

La phthisie bronchique a donc son pneumo-thorax comme la phthisie pulmonaire; mais, en outre, le tubercule, qu'il se soit développé dans un ganglion ou dans le tissu du poumon, peut produire encore d'autres accidents; de là, dans la phthisie pulmonaire ces hémorrhagies si fréquentes et si souvent mortelles; de là, dans la phthisie bronchique, ces hémorrhagies plus rares, mais plus nécessairement mortelles encore. De plus, eu égard au siége qu'ils occupent, les ganglions bronchiques infiltrés de tubercules peuvent produire une ulcération de l'œsophage et établir une communication anormale entre cet organe et la trachée. Enfin, dans un dernier cas, les phénomènes morbides ne sont plus le produit de la perforation du poumon, de l'œsophage ou des vaisseaux, mais ils dépendent de l'action mécanique exercée par les ganglions sur les organes environnants.

Nous l'avons dit, la phthisie bronchique a son pneumo-thorax comme la phthisie pulmonaire. M. Berton, le premier, indiqua, dans une note succincte, la *possibilité* de cet accident; mais évidemment, et à juger par ses propres expressions, cet auteur n'a pas observé de véritable exemple de rupture d'un kyste bronchique dans la cavité pleurale : « Afin d'abréger, dit-il, nous ne ferons que mentionner ici deux autres observations : dans l'une, un kyste bronchique, contenant de la matière tuberculeuse ramollie, communiquait avec une excavation, située dans le tissu pulmonaire, paraissant résulter d'un abcès; dans l'autre, un pareil kyste communiquait aussi avec un abcès semblable, qui, en s'ouvrant dans la cavité de la plèvre, avait donné lieu à un pneumo-thorax et à une pleurésie. » Il est clair, d'après cette citation, que ce n'était pas le kyste bronchique lui-même qui communiquait avec la plèvre, mais que cette communication s'était établie à l'aide d'un abcès ou probablement d'une caverne.

Nous avons nous-même observé un exemple des plus remarquables de pneumo-thorax, produit par les ganglions bronchiques, et les faits de cette nature sont trop rares pour que nous n'ayons pas cru devoir citer, dans tous ses détails, celui que nous avons été à même de recueillir.

A l'ouverture de la poitrine, le costotome donne à gauche un son caverneux. Le poumon gauche est affaissé et repoussé en bas et en avant; son lobe inférieur est tapissé par une couche épaisse, molle, jaune, pseudo-membraneuse; au-dessous de cette couche est une deuxième fausse membrane rouge et épaisse, contenant des granulations tuberculeuses. A sa partie postérieure et moyenne se trouve une ouverture qui a environ deux centimètres de diamètre, à travers laquelle proémine une masse tuberculeuse qui, se détachant par la partie supérieure

Digitized by Google

de sa circonférence, conduit dans l'intérieur du poumon et fait ainsi communiquer l'intérieur de l'organe avec la cavité pleurale. Cette masse, qui paraît d'abord s'être développée dans l'intérieur du poumon et avoir ensuite perforé la plèvre, se continue avec une masse tuberculeuse qui a environ 5 centimètres de long sur 2 centimètres d'épaisseur, et qui gagne la racine des bronches. Ces deux gros tubercules, réunis et confondus, crus dans la plus grande partie de leur étendue, sont ramollis en quelques points, et parsemés de portions de tissu non tuberculeux d'un rose clair. Il est assez difficile de dire si ce tissu est un reste de ganglion, ou bien le parenchyme pulmonaire condensé. Du côté du poumon cette masse est irrégulière, festonnée, sans limites tout à fait distinctes ; sa partie postérieure est sous pleurale et encore tapissée par la plèvre couverte d'une fausse membrane ; sa partie tout à fait inférieure tranche sur le tissu pulmonaire et ne se confond pas avec lui comme du côté de la perforation, à laquelle on arrive par la partie supérieure de la masse. Sur ce dernier point, en effet, le tissu pulmonaire est parsemé de petites masses tuberculeuses qui tendent à s'unir à la principale. Du côté des bronches, cette masse est bien circonscrite et enkystée comme les ganglions bronchiques tuberculeux. Dans cette portion bronchique, on voit quelques points de matière noire comme dans les ganglions bronchiques tuberculeux. On n'en voit pas dans la portion pulmonaire. Une bronche s'ouvre largement au milieu de cette masse et s'y perd sans qu'on puisse voir précisément le lieu où elle est ulcérée. A l'endroit où on la perd de vue le tissu tuberculeux, jusque là cru, se ramollit et continue à l'être jusqu'au point de la perforation, dont le pourtour, continu à la grosse masse par sa partie inférieure, est isolé d'elle supérieurement et la tapisse par une fausse membrane molle et blanche, au-dessous de laquelle est le tissu pulmonaire infiltré de tubercules. Dans le reste du lobe, le parenchyme est souple, crépitant, congestionné et parsemé d'un assez grand nombre de petits tubercules. Les ganglions bronchiques gauches, volumineux comme des noix, environ, forment plusieurs masses qui environnent la bronche. Tous sont tuberculeux, crus, mêlés de matière noire plusieurs pénètrent le poumon en accompagnant la bronche du lobe inférieur au-dessous de la masse tuberculeuse pulmonaire; en sorte que la bronche s'enfonce entre les deux masses qui font pendant l'une à l'autre.

Dans ce cas, le pneumo-thorax fut évidemment produit par les ganglions bronchiques tuberculeux, qui avaient traversé le poumon de part en part, et l'air qui s'épancha dans la cavité pleurale provenait d'une bronche volumineuse qui s'ouvrait largement au milieu des ganglions tuberculeux. La perforation n'existait donc pas au niveau d'un kyste bronchique rempli de matière tuberculeuse ramollie; du reste, tout en admettant, et les faits le prouvent, la possibilité du pneumo-thorax dans la phthisie bronchique, nous devons, d'un autre côté, reconnaître la rareté de cette affection ; rareté qui dépend de causes assez facilement appréciables.

Si l'on a suivi, avec attention, ce que nous avons dit précédemment de la position et de la structure des kystes bronchiques, on comprendra que la phthisie ganglionaire, tendant constamment à gagner le centre du poumon, rend par cela même plus difficiles les perforations de cet organe. Cette terminaison en effet ne peut avoir lieu qu'autant que le poumon a été traversé, de part en part, par la masse tuberculeuse bronchique, comme cela a eu lieu dans l'observation que nous venons de rapporter : mais, cette condition n'est pas la seule. Il faut y joindre celle de l'absence d'adhérences pleurales, dans le point où vient aboutir la masse partie de la racine des bronches. De plus, comme nous le dirons, en étudiant les rapports des phthisies pulmonaire et bronchique, les masses tuberculeuses sous-pleurales, qui s'unissent aux ganglions tuberculeux, ne se ramollissant qu'à leur partie la plus profonde, opposent, dans le point où elles touchent *à la plèvre*, une barrière que les ganglions tuberculeux ne peuvent pas franchir. Si la production du pneumo-thorax, par la phthisie bronchique centripète, paraît difficile à concevoir, en raison des circonstances que nous venons d'énumérer, il n'en sera pas de même, au premier abord, de celle de la communication d'un kyste bronchique rompu avec la cavité pleurale. A ne considérer que ces tumeurs molles et fluctuantes, à enveloppes minces, appendues aux parois des bronches, rien de plus aisé en apparence que leur rupture, et pourtant il est loin d'en être ainsi ; et, d'ailleurs, cette rupture eût-elle lieu, dans bien des cas il ne s'ensuivrait pas nécessairement un pneumo-thorax.

Les causes qui rendent excessivement rare la rupture des kystes bronchiques, sont, d'une part, la facile et large communication qui existe entre ces cavités accidentelles et les bronches, et, d'autre part, les modifications que le temps apporte dans la structure des enveloppes kystiques. La première de ces causes favorise l'évacuation de la matière tuberculeuse, et empêche, par conséquent, son action délétère sur les parois du kyste, tandis que la seconde tend à produire l'épaississement de ces mêmes parois, comme l'a observé M. Leblond, et comme nous avons pu le constater après lui.

En étudiant la position des ganglions bronchiques ramollis par rapport aux bronches avec lesquelles ils communiquent, nous avons fait voir que, dans la grande majorité des cas, les kystes sont accolés à la bronche-mère de l'un ou l'autre poumon, et

Digitized by Google

que, par conséquent, ils sont situés en dehors de la séreuse. Ce fait explique tout naturellement comment, alors même que la rupture aurait lieu, le pneumo-thorax n'en serait pas nécessairement la conséquence; on aurait aussi bien alors à redouter un abcès des médiastins et un emphysème général.

Indépendamment des communications qui s'établissent entre les ganglions tuberculeux et les bronches, il arrive quelquefois qu'une union plus ou moins intime se forme entre le kyste et les vaisseaux; de là peut résulter une large perforation, qui produit une hémorrhagie mortelle. Ces perforations doivent être excessivement rares, et le sont effectivement; nous ne connaissons dans la science que deux faits de cette nature, qui appartiennent à M. Berton: nous croyons devoir les transcrire ici en partie.

Perforation de l'artère pulmonaire (Berton, Obs. LXXII, p. 495). — « A la surface du poumon gauche se remarquaient quelques pseudo-membranes épaisses, résistantes, et selon toute apparence assez anciennes; des granulations étaient répandues dans le tissu de ce viscère. Le poumon droit se trouvait pareillement entouré, et surtout vers sa base, de fausses membranes, et ses lobes avaient aussi contractés entre eux des adhérences. Les ganglions bronchiques étaient volumineux, et la plupart contenaient de la matière tuberculeuse vers leur centre; chez quelques-uns cette matière était ramollie, tandis que le tissu de la glande, rouge, résistant, conservait encore une épaisseur assez grande. La membrane muqueuse de la trachée était pâle, celle des bronches au contraire se trouvait fortement injectée. Sur la bronche gauche au-dessus du point où elle se divise existait une perforation de trois à quatre lignes de diamètre, communiquant avec une perforation semblable de l'artère pulmonaire, située aussi immédiatement au-dessus du point où ce vaisseau se divise. Ces deux perforations s'abouchaient dans une caverne creusée au milieu de glandes bronchiques agglomérées, tuberculeuses et ramollies. Il ne restait pour dernier vestige de quelques-unes de ces glandes, que leur kyste adhérent à la surface voisine et nullement altérée du tissu pulmonaire. La perforation de l'artère pulmonaire existait vers sa partie inférieure, tandis que c'était vers le bord supérieur de la bronche gauche que se trouvait l'autre ouverture accidentelle. »

Perforation de l'artère pulmonaire (*Ibid.*, Obs. LXXIII, p. 496). — « *Thorax.* Les ganglions interbronchiques, ceux placés au-devant des bronches et sur la fin de la trachée artère, très-volumineux, étaient transformés en matière tuberculeuse homogène, dense, non ramollie. Toute la membrane muqueuse des voies aériennes présentait une teinte d'un blanc laiteux remarquable. Le poumon droit était parsemé de granulations plus opaques les unes que les autres et faisant saillie à la surface des bronches du poumon incisé. Un petit caillot de sang était logé dans le larynx, un semblable caillot se trouvait arrêté à la bifurcation des bronches, et quelques autres se rencontraient çà et là dans les divisions bronchiques gauches. Le poumon de ce côté était adhérent par sa face interne avec le côté correspondant du péricarde, et au milieu de cette adhérence se rencontraient quelques concrétions albumineuses sous forme de granulations, mais toujours à gauche et vers le bord postérieur; à la partie inférieure et interne du lobe pulmonaire supérieur, existait une adhérence de 2 ou 3 pouces d'étendue, réunissant les deux feuillets de la plèvre. Sous elle et dans le tissu pulmonaire situé à sa proximité se trouvait une vaste caverne (capable de contenir un œuf de poule) tapissée par une pseudo-membrane et entourée par une couche de tissu pulmonaire hépatisé. Cette caverne se prolongeait vers la racine du poumon et communiquait avec un kyste bronchique, qui, lui-même, présentait une ouverture béante par laquelle il était facile d'arriver dans le tronc gauche de l'artère pulmonaire, qui se trouvait perforée vers le point où elle se partage pour se diviser vers chaque poumon. »

Nous regrettons que les lésions anatomiques ne soient pas décrites d'une manière plus précise; nous eussions désiré surtout que l'auteur eût indiqué plus exactement le mode d'adhérence du kyste à la paroi du vaisseau, et les rapports de la bronche avec le vaisseau lui-même. Ces données nous eussent été d'autant plus précieuses qu'elles nous auraient mis sur la voie du mode de formation de la perforation.

Cette rareté de la communication des vaisseaux avec le kyste s'explique par la souplesse des parois vasculaires, qui n'offrent pas un point de résistance assez fixe pour permettre qu'une adhérence s'établisse entre elles et les enveloppes kystiques; mais, dans les cas où une cause quelconque aura placé les conduits vasculaires dans les mêmes conditions physiques que les bronches, l'adhérence pourra s'établir et la perforation lui succéder; aussi, lorsque nous voyons, dans une des deux observations citées précédemment, cette perforation se produire, c'est que la bronche elle-même, fournissant un point d'appui solide à l'artère, avait favorisé sa rupture.

Ce que nous venons de dire des vaisseaux peut s'appliquer en partie à l'œsophage, qui, comme les premiers, présente des parois molles, au niveau desquelles une adhérence ne peut se former qu'avec difficulté; cependant le point d'appui que ce canal trouve dans la colonne vertébrale, l'assimile en quelque sorte à un organe pourvu de parois résistantes, et, sans contredit, sa perforation serait bien plus fréquente, si, dans la région cervicale, existaient des ganglions nombreux, et si dans la région tho-

Digitized by Google

racique, où ces ganglions abondent, il n'était séparé de la colonne vertébrale par un espace rempli de tissu cellulaire, par la veine azygos et le canal thoracique.

Dans les deux exemples rapportés par MM. Leblond et Berton, la perforation de l'œsophage coexistait avec celle de la bronche droite et s'était effectuée dans un point voisin de la bifurcation des bronches, et, par conséquent, dans la portion du trajet où l'œsophage est en contact avec la colonne vertébrale.

Jusqu'ici, nous nous sommes occupés principalement des kystes bronchiques et des communications qui peuvent s'établir entre eux et les organes qui les entourent, mais nous n'avons pas encore parlé des accidents qui résultent de la pression mécanique exercée par les ganglions. Le volume qu'ils peuvent acquérir, dans certains cas, et l'espace circonscrit dans lequel ils se développent, pourraient, *à priori*, faire présumer que de fréquents accidents résultent de la compression qu'ils exercent. Cependant, il n'en est point ainsi, comme le prouve l'observation clinique, et comme le raisonnement peut jusqu'à un certain point l'expliquer. Très-fréquemment nous avons vu des masses énormes de ganglions bronchiques entourer les vaisseaux ou les bronches, sans qu'il en fût résulté une oblitération de ces conduits. Notre observation, du reste, est d'accord avec celle des auteurs, et, en parcourant les annales de la science, on ne trouve qu'un petit nombre de faits dans lesquels l'aplatissement ou l'oblitération plus ou moins complète des bronches ait reconnu pour cause la compression exercée par les ganglions bronchiques tuberculeux.

Ces faits, quoique peu nombreux, existent cependant; ainsi, M. Cloquet en a cité un exemple, M. Leblond un autre, et nous-mêmes avons observé deux cas, dans lesquels une fois la bronche droite, une fois la partie inférieure de la trachée, étaient notablement aplaties. Aussi, nous ne comprenons pas que M. Berton, qui devait avoir connaissance de quelques-uns de ces faits, nie complétement la possibilité de la compression. « Nos recherches, dit-il, nous ont pareillement convaincu que les ganglions bronchiques tuberculeux et développés ne peuvent comprimer, au point de les aplatir, les tuyaux bronchiques. »

Nous n'avons pas trouvé, dans les auteurs, d'exemples d'oblitération, soit des vaisseaux, soit de l'œsophage, dont nous concevons cependant la possibilité.

Nous n'aurions rempli qu'une moitié de notre tâche si nous nous étions contenté d'étudier la phthisie bronchique *isolée*, et indépendamment des rapports qui l'unissent à la phthisie pulmonaire, aussi devons-nous, pour compléter notre sujet, examiner successivement :

1° La fréquence comparative des deux maladies; 2° la manière dont leurs lésions anatomiques se comportent les unes vis-à-vis des autres, soit quant à leur intensité, soit quant à leur étendue ; 3° et, enfin, les nouvelles altérations qui résultent de la réunion de deux phthisies.

M. Papavoine, dans son excellent mémoire sur les tubercules, a fait voir, par le tableau qu'il a présenté sur la tuberculisation des différents organes, que les glandes bronchiques étaient, chez les enfants, plus fréquemment le siége des tubercules que le poumon lui-même. « Ainsi, dit l'auteur, chez cinquante enfants, chez lesquels j'ai exactement déterminé le siége des tubercules, quarante-neuf fois ils avaient envahi les ganglions bronchiques, trente-huit fois seulement les poumons. »

Nos résultats sont d'accord avec ceux de M. Papavoine, et nous pensons que l'on pourrait modifier la loi anatomico-pathologique de M. Louis, et dire que, chez l'enfant, il n'existe pas de tubercules dans un organe sans qu'il ne s'en trouve en même temps dans les ganglions bronchiques : règle qui cependant présente quelques exceptions.

Cette loi de fréquence est des plus importantes, et montre que la phthisie bronchique, chez l'enfant, a une tout autre valeur que chez l'adulte. D'après cette fréquence seule, on pourrait déjà supposer que le dépôt de la matière tuberculeuse, dans le ganglion, est antérieur à celui de ce produit dans le parenchyme pulmonaire; les faits sont, du reste, tout à fait en faveur de cette opinion, et, lorsque l'on examine la nature et l'étendue des altérations du poumon comparées à celles du ganglion bronchique, on est tout naturellement amené à admettre que les dernières sont antérieures, dans la plupart des cas. Ainsi, un fait très-remarquable, qui ressort de la comparaison de nos observations, est que, dans tous les cas où la phthisie bronchique était très-étendue, et dans ceux surtout où les ganglions ramollis communiquaient avec les bronches, nous n'avons observé qu'un petit nombre de tubercules miliaires ou de granulations grises dans les poumons; et, dans aucun de ces cas, la phthisie n'avait revêtu la forme régulière telle qu'on la constate chez l'adulte.

Du reste, nous reviendrons sur tous ces faits, lorsque nous chercherons à déterminer la fréquence proportionnelle des tubercules dans les différents organes.

Les phthisies bronchiques et pulmonaires ne restent pas toujours isolées l'une de l'autre : dans des cas qui, d'après nos observations, seraient assez fréquents, surtout chez les plus jeunes enfants, elles tendent à se réunir en marchant, pour ainsi dire, à la rencontre l'une de l'autre. Cette forme si remarquable que peut revêtir la maladie, *n'a été indiquée par aucun auteur;* elle est cependant bien digne d'intérêt. Chez l'enfant (comme nous le prouverons ailleurs), la matière tuberculeuse a une

Digitized by Google

grande tendance à se déposer à la surface extérieure du poumon ; aussi voit-on fréquemment des masses tuberculeuses siéger immédiatement sous la plèvre pulmonaire. D'un très-petit volume, à leur origine, elles s'accroissent bientôt par l'agrégation de tissus de même nature ; alors, elles forment sous la plèvre une plaque qui peut acquérir jusqu'au volume d'une pièce d'un franc, de deux francs et même davantage. Mais, l'accroissement en largeur de ces plaques finit bientôt par s'arrêter ; les nouveaux grains tuberculeux qui s'ajoutent au noyau primitif, ne se déposent plus à la périphérie de l'organe, mais viennent s'ajouter à la portion de la masse tuberculeuse qui proémine dans le poumon, et qui, augmentant successivement de volume, finit par faire une saillie de quelques lignes à un pouce, dans la profondeur du parenchyme. En même temps que le tubercule sous-pleural s'avance insensiblement de dehors en dedans, vers les parties centrales, la masse ganglionnaire, située à la racine du poumon, suit la même marche, et si, de part et d'autre, cette marche concentrique continue, on concevra aisément la possibilité de la réunion de ces masses tuberculeuses, *parties chacune* d'un *point* opposé de l'organe. Cette *réunion, une fois opérée*, une large coupe transversale démontrera l'existence d'un long cylindre tuberculeux, qui traverse le poumon de part en part. Mais, avant d'arriver à un état aussi avancé, diverses causes auront pu favoriser ou retarder la réunion des masses bronchiques ou sous-pleurales; ainsi, s'il existe dans les portions du poumon intermédiaires, des granulations ou des tubercules, ces produits accidentels serviront à réunir, au centre de l'organe, les tubercules partis de sa périphérie. *Que deviendra* le poumon au milieu de pareils désordres? Les tubercules sous-pleuraux ou bronchiques, faisant l'effet d'une *tarière*, auront-ils mécaniquement détruit son tissu, ou bien, au contraire, par la pression qu'ils auront exercée, auront-ils favorisé sa condensation ou sa résorption?

Cette dernière opinion nous paraît la plus probable, et, dans ces cas, les tubercules agents de compression auront produit un effet analogue à celui que détermine quelquefois la pression des côtes rachitiques dans le poumon. Dans les cas de cette nature, le parenchyme est réduit à une minceur extrême, souvent même il a entièrement disparu dans le point limité où existe le maximum de pression. L'on ne voit alors ni ulcération, ni ramollissement ; les parties voisines n'ont pas augmenté de volume, et rien n'indiquant que la portion du poumon qui a disparu soit réunie à celles subsistant encore, il faut bien admettre que cette disparition a été le résultat d'une résorption interstitielle.

Nous n'avons encore parlé que de la réunion des phthisies bronchique et sous-pleurale, lorsque les tubercules sont à l'état de crudité ; nous devons maintenant examiner les effets qui résultent de leur ramollissement. Comme nous l'avons dit plus haut, les ganglions qui accompagnent les bronches à une certaine profondeur du parenchyme, peuvent devenir tuberculeux, le tubercule peut se ramollir, et le kyste communiquer soit avec les bronches, soit avec le poumon. Dans ce dernier cas, une caverne se produit, et, si, d'un autre côté, la masse sous-pleurale est située au voisinage de cette excavation, ses parties les plus profondes se ramollissent et la caverne augmente de dimension. Les choses peuvent aussi se passer d'une manière inverse, et le ramollissement de la matière tuberculeuse débuter, soit dans la masse sous-pleurale, soit dans les tubercules qui, dans quelques cas, établissent la ligne de communication entre les ganglions et la masse tuberculeuse sous-jacente à la plèvre. L'inflammation qui envahit souvent le parenchyme autour de la caverne, ne tend qu'à augmenter la dimension de celle-ci.

Il est intéressant d'étudier les altérations que présentent les bronches dans les cas de cette nature. Quand la caverne est produite en grande partie par le ramollissement des tubercules pulmonaires, les bronches y aboutissent par leur extrémité, et se présentent dans les mêmes conditions que les bronches des cavernes ordinaires ; mais, lorsque l'excavation est produite par le ramollissement d'un kyste bronchique, la perforation de la bronche existe quelquefois sur ses parties latérales, et il est facile alors de reconnaître son origine ; tandis que, d'autres fois, elles sont jetées comme un pont au travers de ces excavations, et offrent, sur plusieurs points de leur circonférence, des perforations plus ou moins étendues.

Nous ne saurions mieux faire, en terminant cet article, que de citer deux fragments d'observation dans lesquels sont clairement indiqués la marche concentrique des phthisies sous-pleurales et bronchiques, et leur réunion par l'intermédiaire des granulations pulmonaires.

Enfant de 3 ans. — Réunion des phthisies bronchique et sous-pleurale, par l'intermédiaire de granulations. — « Les deux feuillets de la plèvre gauche adhèrent intimement au moyen de fausses membranes, assez denses, rouges par fine injection, et contenant un grand nombre de granulations tuberculeuses réunies en plusieurs points de manière à former de larges plaques. Autour de ces granulations isolées, on peut voir distinctement un cercle d'injection rouge. Les plaques existent surtout au niveau des deux tiers inférieurs du lobe inférieur ; à la base, elles sont plus épaisses que partout ailleurs. Au niveau du tiers moyen du poumon,

Digitized by Google

la coupe fait voir, au-dessous de la plèvre, une masse tuberculeuse épaisse, d'un blanc jaunâtre, qui traverse le poumon de part en part, et vient joindre, par l'intermédiaire de granulations isolées, une masse considérable formée par les ganglions bronchiques tuberculeux qui occupent la racine du poumon. Les ganglions proéminent à l'intérieur de l'organe de telle sorte que l'on conçoit très-bien la possibilité de l'union des deux masses tuberculeuses marchant de dehors en dedans et allant à la rencontre l'une de l'autre. Il faut noter que la masse tuberculeuse sous-pleurale se joint, sans ligne de démarcation bien tranchée, à l'une des larges plaques de la plèvre pulmonaire. La partie du poumon qui environne la plaque sous-pleurale est hépatisée et contient un assez grand nombre de granulations jaunes, comme celles susdécrites.»

L'observation suivante présente la plus grande analogie avec la précédente.

«La plèvre droite est tapissée presque partout par des fausses membranes assez molles, parsemées d'un grand nombre de granulations tuberculeuses; ces fausses membranes sont disposées en plusieurs couches, les unes récentes, minces et avoisinant la plèvre, les autres plus anciennes, plus résistantes, plus épaisses; c'est dans l'épaisseur de ces dernières qu'on trouve les granulations. — Le *lobe supérieur* du poumon droit est souple, sauf à sa partie postérieure, où l'on sent des plaques dures; elles sont de couleur jaune. Incisées, elles répondent à des masses tuberculeuses d'un blanc jaunâtre, friables, mal circonscrites, du volume d'une noisette, qui, traversant la profondeur de l'organe, s'avancent jusqu'au niveau des ganglions bronchiques. Autour d'elles sont des tubercules du volume d'une tête d'épingle, jaunes, crus, inégalement disséminés dans un parenchyme rouge, assez lisse à la coupe, friable et lourd. — Les *ganglions bronchiques* du côté droit sont tous tuberculeux et ramollis, et communiquent avec les bronches de la manière suivante: en incisant la bronche du lobe supérieur droit, on reconnait qu'elle est détruite par trois perforations allongées transversalement, séparées les unes des autres par de petits ponts, débris de la portion non ulcérée de la bronche. En examinant le tissu sous-jacent aux *ulcérations*, on reconnait facilement qu'il est constitué par un ganglion bronchique tuberculeux, ramolli dans le point où il est en contact avec la bronche ulcérée; dans le reste de son étendue, ce ganglion est entouré d'un kyste dont on peut l'énucléer avec assez de facilité. Indépendamment de ce ganglion, on en trouve d'autres plus volumineux accolés au côté droit de la trachée et se prolongeant le long de la bronche droite. Tout à côté du premier ganglion décrit, on trouve, dans l'intérieur même du poumon, une masse tuberculeuse entourée d'un kyste. On peut l'énucléer facilement à cause de son ramollissement superficiel.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Janvier 1840.

Première grossesse. Opération césarienne; par M. Paul Dubois.

Mercredi 22 janvier, M. le professeur Paul Dubois, a de nouveau eu l'occasion de pratiquer l'opération césarienne à l'hôpital de la Clinique sur une femme qui devait accoucher pour la première fois. Nous allons entrer dans quelques détails sur ce fait intéressant de pratique que nous avons annoncé dans notre journal, mais sans en raconter les principales circonstances et sans rien préjuger sur ses résultats probables. Aujourd'hui que la malade est parvenue au douzième jour, et que tout peut faire espérer de la conserver, cette histoire, nous l'espérons, offrira un double intérêt.

La patiente est une fille âgée de vingt-cinq ans; elle travaillait comme ouvrière à Melun. Sa taille dépasse à peine trois pieds et quelques pouces et, bien qu'elle porte des traces évidentes de rachitisme, ses membres ne sont pas trop contournés; sa tête, loin d'être volumineuse, est régulière et n'offre pas de différences avec celle d'une femme bien conformée; son intelligence est normale. Pendant longtemps elle avait résisté aux instances de ses poursuivants dans la crainte des dangers qui devaient menacer sa grossesse, mais enfin elle avait cédé plutôt par faiblesse que par amour à un homme jeune et régulièrement conformé.

Les premiers moments de la grossesse n'offrirent rien de particulier; cette femme, admise d'abord à la Maternité, fut quelque temps avant l'époque de son accouchement, transférée à l'hôpital de la Clinique. L'examen du bassin fit reconnaître une difformité considérable qui ne donnait pas l'espérance de pouvoir éviter l'opération césarienne; le diamètre antéro-postérieur (sacro-pubien) avait à peu près dix-huit à vingt lignes d'étendue. Tout fut donc préparé à cet effet.

Le samedi 18, se manifestèrent quelques douleurs assez vives, qui firent craindre un instant à M. Dubois d'être obligé d'avoir recours à l'opération plus tôt qu'il n'avait pensé d'abord; elles cessèrent bientôt pour reparaître plus fortes dans la nuit du mardi au mercredi: les membranes, qui s'étaient rompues le mardi, avaient donné issue à une assez grande quantité de liquide. Tout annonçait que le travail était définitivement commencé, et qu'il fallait prendre un parti. L'auscultation de l'abdomen avait fait acquérir la certitude de la conservation de

Digitized by Google

la vie chez l'enfant ; quelques mouvements obscurs perçus par la mère confirmaient cette opinion.

Le mercredi matin, l'opération fut décidée pour le jour même ; annoncée d'abord pour deux heures, puis pour cinq, elle fut ensuite reculée jusqu'à sept heures : enfin, à huit heures, elle fut pratiquée par M. Dubois, dans l'amphithéâtre de la clinique, en présence d'une foule de spectateurs qui attendaient, pour la plupart, depuis midi avec la plus vive impatience.

L'opération en elle-même n'a présenté aucune circonstance particulière ; elle a été aussi simple que possible. Une incision longitudinale fut pratiquée sur la ligne blanche depuis le dessous de l'ombilic jusqu'au pubis, par M. Dubois ; quelques efforts de vomissements parurent vouloir se manifester, mais ils n'eurent pas de suites ; les intestins restèrent dans la cavité abdominale, et ne vinrent pas embarrasser l'opérateur en s'interposant entre le corps de l'utérus et les parois de l'abdomen, ou bien en faisant issue par la plaie qui venait d'y être pratiquée. La matrice fut alors incisée, et l'on put extraire un enfant du sexe féminin, bien conformé, faible d'abord, mais qui donna bientôt par ses cris et des mouvements répétés des signes d'une vitalité bien constituée.

La délivrance fut ensuite pratiquée ; un seul accident a pu donner un instant de vives inquiétudes. Après l'incision du ventre et du corps de l'utérus, après l'extraction de l'enfant et la délivrance de la mère, un écoulement sanguin très-abondant se manifesta. La malade fut prise de syncope ; heureusement cet état ne persista pas longtemps, et les soins usités en pareille circonstance la rappelèrent bientôt à la vie.

Dès que la malade eut repris ses sens et qu'elle fut dans des conditions satisfaisantes, M. Dubois tenta la réunion de la plaie ; plusieurs points de suture furent placés les uns au-dessous des autres, et un léger écartement fut laissé entre les deux points qui se trouvaient être les plus déclives, et cela, dans le but de permettre au sang et aux liquides qui se seraient épanchés, de s'échapper librement de la cavité abdominale par cette issue. La femme fut alors emportée, et replacée dans son lit avec les plus grandes précautions, et des soins qui lui ont été continués avec patience et attention.

La faiblesse et la prostration de la malade furent assez grandes la première nuit et le jour suivant ; mais peu à peu la chaleur revint et la réaction se manifesta ; le ventre devint plus tendu, plus volumineux, un peu ballonné ; la pression occasionna bientôt des douleurs assez vives, le pouls atteignit 140 pulsations. On put craindre un instant de voir les accidents inflammatoires, qui viennent trop souvent compliquer cette opération, se développer et prendre un caractère assez sérieux pour faire évanouir les espérances qu'on avait pu concevoir. D'une autre part, la perte de sang assez considérable qu'avait éprouvée cette femme lors de la délivrance, devait contre-indiquer l'emploi des antiphlogistiques, et priver le médecin de leur puissant secours ; aussi n'osa-t-on les employer qu'avec la plus grande modération.

Cet appareil de symptômes assez inquiétant parut cependant vouloir se mitiger. Le 29 la malade était déjà mieux, et l'on pouvait espérer que cet état se maintiendrait.

Le 31 janvier, neuvième jour après l'opération, la malade était mieux ; la période des accidents inflammatoires la plus redoutable paraissait être écoulée ; les phénomènes inflammatoires dont nous avons indiqué l'apparition, n'avaient pas revêtu une forme assez grave pour laisser de véritables inquiétudes ; peut-être faut-il attribuer cette heureuse circonstance à l'état de faiblesse dans lequel l'hémorrhagie du premier jour avait placé cette femme ? Quoi qu'il en soit, le ventre, d'abord ballonné, douloureux, était devenu plus souple, la pression n'y développait plus qu'une sensation de gêne plutôt qu'une véritable douleur. La salle où était placée la malade avait été rendue depuis quelques jours à la libre circulation des élèves qui suivent la clinique, et leur présence n'avait pas trop fatigué cette femme. Le matin même, en arrivant, M. Dubois l'a trouvée occupée à préprarer un ourlet de mouchoir auquel elle travaillait.

A cette époque, en examinant la plaie de l'abdomen, entre les deux points de suture les plus déclives, au fond de l'incision, on apercevait une masse grisâtre ; c'était la face antérieure de l'utérus, mais tout portait à croire qu'il y avait déjà dans ce point des adhérences assez fortes, assez solides, formées entre le corps de la matrice et les parois abdominales. Depuis quelques jours un écoulement de matières liquides avait eu lieu par le vagin, comme dans les accouchements ordinaires. Le mouvement fébrile avait diminué, la peau était moins chaude ; le pouls était descendu de cent quarante pulsations à cent-neuf. La malade, qui avait manifesté le désir de prendre quelques aliments, avait à plusieurs reprises reçu du bouillon sans éprouver le moindre accident ; les fonctions des intestins paraissaient devoir se rétablir dans leur intégrité.

Le 30, continuation ; la malade continue l'usage de légers aliments.

Le 3 février, douzième jour, le bien-être se maintient ; l'état de la malade est de plus en plus satisfaisant, et tout fait espérer la continuation de cet heureux succès.

De son côté, l'enfant est bien portante ; elle a été

Digitized by Google

confiée dans la maison de M. Dubois, à une nourrice choisie par ce professeur.

Si, comme on a droit de l'attendre maintenant, cette malade se rétablit, ce fait aura un double intérêt, celui de la conservation de la vie de l'enfant et de celle de la mère, succès trop rare malheureusement. Ce sera aussi le premier cas d'opération césarienne suivie de la guérison de la mère, depuis qu'on la pratique à Paris; pour sa part, M. Dubois l'a déjà tentée quatre fois, sans compter celle-ci, et les malades ont succombé.

Les premiers renseignements de la *Gazette des Hôpitaux* s'arrêtent au 3 février, époque à laquelle l'état de plus en plus satisfaisant de la mère donnait lieu d'espérer un double résultat avantageux, l'enfant étant, d'autre part, bien portant.

Cette amélioration, loin de se démentir, continua jusqu'au mercredi (5 février); alors il survint du malaise qui suscita de la part de la malade des plaintes, qui devenaient plus fréquentes à l'approche de la nuit. A cinq heures du soir on remarqua de la roideur dans les mouvements de la mâchoire inférieure; la bouche ne s'ouvrait plus qu'avec difficulté. A six heures, contractions violentes et douloureuses des muscles masséters; les mâchoires sont très-rapprochées; l'usage des boissons devient impossible; d'ailleurs la malade commence à manifester de la répugnance pour les liquides. Le trismus s'accompagne bientôt de la contraction spasmodique des muscles du pharynx; le tétanos se caractérise de plus en plus. On en cherche inutilement la cause. Seulement l'angle inférieur de la plaie, qui seul n'était pas cicatrisé, était douloureux depuis quelques jours, et une légère excoriation s'était établie sous l'influence de l'écoulement des matières âcres de la suppuration, ce qui avait déterminé l'application de cataplasmes émollients. Cette circonstance était loin, d'ailleurs, de faire craindre les accidents funestes qui sont arrivés depuis. D'autre part, la malade n'avait subi aucun refroidissement qui, ainsi que M. Dubois le fait remarquer, pourrait faire croire au développement du tétanos : nul doute, dit-il, qu'il ne soit traumatique.

A six heures, on appliqua immédiatement quatre sangsues derrière chaque oreille; un bain prolongé suivit cette application, et l'on administra un lavement laudanisé. La nuit est assez calme; mais le trismus continue.

Le 6 février au matin, accroissement du tétanos, contraction spasmodique des muscles cervicaux postérieurs (16 sangsues aux oreilles, bain de 4 heures; l'opium à haute dose est administré sous forme de lavements, la déglutition étant impossible). Sous l'influence de cette médication, un narcotisme profond ne tarde pas à se manifester, d'où la malade ne sort que pendant la nuit.

Le 7 février à 4 heures du matin, au narcotisme qui est dissipé a succédé une agitation extrême; on suspend les narcotiques auxquels, dit M. Dubois, on fait succéder de demi-heure en demi-heure des quarts de lavements contenant en dissolution un grain d'extrait aqueux de belladone. Large vésicatoire à la nuque au moyen de l'ammoniaque liquide; pansement avec un demi-grain d'acétate de morphine. Nouveau pansement au bout d'une heure avec un grain du même sel de morphine, qui est encore renouvelé à la même dose une heure plus tard.

Le 8 février, pas d'amélioration, quoique l'agitation soit calmée (bain de cinq quarts d'heure). Vers le soir, altération des facultés intellectuelles, délire vague, somnolence. Cet état persiste toute la nuit.

Le 9, retour de la connaissance, exercice libre des facultés intellectuelles; le tétanos persiste avec la même intensité. Le cou qui jusqu'alors n'avait été renversé qu'en arrière, se renverse également sur l'épaule gauche sous l'influence d'une contraction spasmodique des muscles du côté gauche du cou. Déjà la veille avaient existé de loin en loin des accès de suffocation qui persistent encore; les membres du reste sont libres, et la malade peut gesticuler. Vers midi on dirige sur le cou des douches de vapeur; elle ne veut pas s'y soumettre une seconde fois. Malaise et anxiété inexprimables pendant le reste de la journée; outre l'impossibilité d'avaler, l'hydrophobie devient de plus en plus prononcée; dyspnée progressive; mort à neuf heures du soir.

Autopsie cadavérique.— La plaie extérieure est cicatrisée dans presque toute l'étendue de ses deux tiers supérieurs; la cicatrisation du tiers inférieur avait été empêchée, dans le but de procurer une issue facile aux lochies et aux produits morbides de la solution de continuité. Le doigt indicateur de la main gauche, introduit dans cette plaie, pénètre dans la cavité de l'utérus jusqu'à l'orifice externe du col de cet organe, et est mis en communication avec l'indicateur de la main droite introduit d'autre part dans le vagin. Le col est resserré, il n'a d'ailleurs jamais été très-dilaté; l'opération césarienne ayant été pratiquée avant que cette dilatation ne s'effectuât, puisqu'il était reconnu que l'accouchement n'aurait aucunement pu se terminer par les voies naturelles.

Les parois du thorax et de l'abdomen ont été renversées en bas, sans altérer autant que possible les rapports des organes splanchniques; au niveau de l'ombilic, c'est-à-dire au point correspondant à l'extrémité supérieure de l'incision des parois abdominales pratiquée pendant l'opération, ce renversement a rencontré des difficultés que l'on avait d'ailleurs prévues, et qui étaient occasionnées par des adhé-

Digitized by Google

rences morbides que la paroi antérieure du ventre avait contractées avec quelques-uns des organes de la cavité abdominale. Le foie, l'estomac, et la rate sont libres de toute sorte d'adhérence.

A ce même niveau, c'est-à-dire au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, l'utérus ne s'aperçoit pas; en effet, il ne remonte pas au delà de cette ligne. Sur ce point le paquet de l'intestin grêle a contracté de nombreuses adhérences, d'une part avec la paroi abdominale, d'autre part avec le sommet de l'utérus ainsi qu'avec l'extrémité supérieure de l'ouverture pratiquée à cet organe au moment de l'opération; en un mot, le paquet intestinal engagé dans l'espace en forme de V compris entre la paroi de l'abdomen et la paroi antérieure de l'utérus ainsi que son sommet, avait contracté avec ces parties des adhérences déjà très-résistantes qui n'ont pu être séparées que par le scalpel, et qui renfermaient dans leur épaisseur, ou limitaient de petits abcès. Le grand épiploon participait d'ailleurs aux adhérences de l'intestin.

Au-dessus de ces adhérences, le paquet intestinal a été coupé entre deux ligatures, et ensuite renversé en avant et en bas avec la paroi abdominale et l'utérus, qui ne faisaient qu'un seul et même corps. La paroi postérieure de l'utérus a pu être examinée: elle n'a présenté rien de remarquable; pas de traces phlegmasiques prononcées. Le renversement de ces parties a mis à découvert l'angle sacro-vertébral qui fait une saillie remarquable dans la cavité abdominale, et qui se trouve seulement éloigné de la face interne des pubis de dix-huit lignes environ.

Ensuite, la paroi antérieure de l'abdomen depuis l'ombilic jusqu'aux pubis, l'utérus, le vagin, la vulve et la vessie ont été séparés du reste du corps pour être mieux examinés. L'utérus et le vagin, incisés par leur paroi postérieure, dans le sens de leur axe longitudinal, ont permis de constater l'état de l'incision de la paroi antérieure de l'utérus pratiquée au moment de l'opération. Cette incision s'étend depuis le sommet de l'organe jusqu'aux environs du col: une partie de la paroi antérieure a été épargnée inférieurement par l'instrument tranchant; le col n'a pas été lésé. Sur aucun point de la hauteur de cette incision, il n'y a eu agglutination de ses bords, qui sont arrondis et cicatrisés séparément. Toutefois, la solution de continuité de l'utérus se trouve oblitérée supérieurement par une anse de l'intestin grêle, tout à fait au sommet de l'organe; ensuite, et dans près de ses deux tiers supérieurs, par la paroi abdominale; inférieurement enfin, par la paroi postérieure de la vessie. Toutes ces adhérences avaient déterminé l'occlusion de toute l'incision de la matrice, excepté sur le point de communication à l'extérieur qui existait au tiers inférieur; et de cette manière, toute communication entre la cavité péritonéale et la cavité utérine avait cessé, et avec elle la possibilité de l'épanchement des produits de sécrétion soit de la plaie, soit de la surface interne de la matrice.

Les autres organes abdominaux n'ont présenté rien de bien remarquable. Les dimensions exactes du bassin n'ont pas été données par M. Dubois.

Des recherches attentives ont été faites pour découvrir les caractères anatomiques du tétanos. Partant de cette opinion émise par quelques auteurs, dit M. Dubois, que le tétanos résulte d'une inflammation de la moelle, nous avons cherché dans cette portion de l'axe cérébro-spinal la raison suffisante des accidents observés pendant la vie. La moelle a été examinée avec soin; elle n'a offert rien d'anormal, si ce n'est un léger ramollissement douteux.

L'encéphale présentait une injection manifeste de ses vaisseaux. En rapprochant de ce caractère anatomo-pathologique le traitement par les narcotiques à hautes doses qui a été employé dans le but de combattre le tétanos, M. Dubois se demande si ce traitement, ayant peut-être été porté trop loin, ne doit pas être considéré comme cause de cette plénitude des vaisseaux encéphaliques; ou si, par contre, cette dernière n'appartient pas directement à la maladie. M. Dubois considère la première supposition comme plus plausible. Voilà, du reste, les altérations qui ont été observées dans l'axe céphalo-rachidien. M. Dubois n'ayant pas fait mention des membranes qui en dépendent, nous devons présumer qu'elles n'ont présenté rien d'anormal. Au total, il considère ce fait comme non avenu pour l'élucidation des caractères anatomiques du tétanos.

Quelques adhérences anciennes réunissent les plèvres aux poumons; ces organes présentent de l'engouement à côté de leur partie postérieure (pneumonie hypostatique), qui donne une raison suffisante de l'anxiété, de l'anhélation qui a existé dans les derniers temps de la vie.

Ici se bornent les altérations que l'examen nécropsique a fait reconnaître.

Revenant ensuite sur la nature de l'occlusion que l'incision utérine avait subie, et qui s'était effectuée au moyen d'adhérences contractées entre cet organe d'une part, la paroi abdominale, l'intestin et la vessie d'autre part, M. Dubois ajoute que ce serait une erreur de considérer ce travail de la nature comme exceptionnel. En général, cependant, les bords de l'utérus se rapprochent et s'unissent; mais cette réunion ne s'opère jamais par première intention, et l'on doit considérer comme cause de ce défaut de réunion l'action des fibres musculaires de l'utérus, qui s'opposent au rapprochement des bords de la solution de continuité. Cette réunion ne se fait donc qu'après la suppuration et par l'intermédiaire d'une substance de nouvelle création.

Digitized by Google

Il est à présumer que les choses se seraient passées ainsi chez cette femme si elle avait vécu. Or, que serait-il arrivé dans le cas où une seconde grossesse aurait eu lieu?

Il n'est pas rare en effet qu'une femme ayant échappé aux dangers d'une opération césarienne devienne enceinte une seconde fois; on sait que les femmes ont pu être opérées deux, trois et même quatre fois; M. Michaelis paraît l'avoir pratiquée dans ces derniers temps pour la quatrième fois chez la même femme. Il est bien démontré que toutes ne cèdent pas à la frayeur occasionnée par les souffrances et par les dangers d'une première opération, et il résulte d'un calcul de l'auteur que nous venons de citer, que sur 40 femmes qui avaient échappé aux suites de l'opération césarienne, 15 sont redevenues enceintes.

Il est donc probable que chez notre femme, dans le cas supposé de seconde grossesse, le développement de la matrice aurait rencontré quelque difficulté, que ses contractions seraient arrivées, et qu'il se serait effectué une fausse couche. Toutefois on a vu des grossesses parvenir à leur terme, et par conséquent les cicatrices se prêter au développement de l'organe. Donc il ne faudrait pas conclure que l'avortement est inévitable. Mais il faut dire aussi que d'autres fois la matrice s'est rompue au niveau de la cicatrice, et que le fœtus a pu passer dans la cavité abdominale sans toutefois que la mort en ait été la suite nécessaire.

Dans les cas où la mort a été le résultat de cet accident, on a tantôt trouvé l'ancienne plaie déchirée, tantôt on a trouvé ses bords calleux, ce qui a démontré sans réplique que la plaie peut ne pas s'oblitérer, et que, dans ce cas, le passage du fœtus dans la cavité du péritoine peut s'effectuer par suite de la distension progressive de l'utérus. Dans ce cas, l'opération consiste dans la simple incision de la paroi abdominale.

Dans le cas qui nous occupe, il est à présumer que la plaie de la paroi abdominale se serait cicatrisée en totalité; il ne faut pas croire cependant qu'il en soit toujours ainsi: Sprengel et Michaelis citent plusieurs cas où cette cicatrisation ne s'est pas entièrement effectuée.

GAZ. DES HÔPITAUX. — Janvier 1840.

De quelques grossesses extra-utérines et d'une grossesse contre nature abdominale en particulier, dont la pièce a été communiquée par M. Bricheteau, la femme étant morte dans son service, à l'hôpital Necker. — **Leçon professée à l'hôpital de l'Ecole, par M. PAUL DUBOIS.**

Au commencement de l'année 1838, un médecin des environs de Paris me fit appeler pour voir une de ses clientes qu'il présumait atteinte d'une grossesse extra-utérine. Malgré toute sa conviction, je ne partageai pas son opinion, et pour mon compte, je croyais cette femme affectée d'une tumeur de l'ovaire. Cela ne l'empêcha pas de conserver son opinion, quoique, après ma consultation, ayant également demandé conseil à un accoucheur distingué de Paris, celui-ci se trouvât être entièrement de mon avis sur la nature de la tumeur abdominale dont la malade était affectée. Persistant toujours dans son opinion, et désirant d'ailleurs acquérir la conviction qu'il ne s'était pas trompé dans son diagnostic, il proposa à la femme de la débarrasser de son mal moyennant une opération qui fut bientôt pratiquée. Dès que la tumeur eut été mise à découvert au moyen de l'incision des parois abdominales, l'opérateur s'aperçut trop tard que la prétendue grossesse extra-utérine n'était qu'un squirrhe de l'ovaire, qui fut non-seulement incisé, mais excisé en partie; car il fallait bien, après tout, qu'une opération fût pratiquée, puisqu'on en avait fait sentir la nécessité à la malade, qui ne tarda pas à succomber à une inflammation intense.

Ce fait n'est pas entièrement étranger au sujet qui doit nous occuper dans cette leçon: et d'abord, il prouve que les méprises, en pareil cas, sont faciles; ensuite, que l'opérateur a eu tort d'exciser une partie de la tumeur, et qu'à partir du moment où il avait reconnu son erreur, il devait s'arrêter. Effectivement, dans un cas du même genre, où la grossesse extra-utérine était simulée par une masse graisseuse adhérente à l'épiploon, celle-ci fut laissée intacte, les parois abdominales furent réunies à l'aide de la suture et la femme guérit. Et notez bien que dans ce cas l'excision eût présenté moins de gravité. Pendant longtemps j'ai conservé une portion d'épiploon provenant d'un pharmacien qui, dans un accès d'hypochondrie, et dans l'intention de se détruire, se porta un coup de couteau au ventre; en redoublant le coup avec désespoir, il entraîna, en retirant son large couteau, une portion d'épiploon qui s'était entortillée autour de la lame. Cet homme se rétablit parfaitement. Voilà bien un fait qui vient à l'appui de mon assertion, et qui prouve que les lésions de l'épiploon ne sont pas

Digitized by Google

excessivement graves. Partant, ni dans le cas que je viens de citer plus haut, et dans lequel la grossesse extra-utérine était simulée par une masse adipeuse épiploïque, l'opération ne fut pas poussée plus loin dès que l'on eut constaté la nature et reconnu l'erreur du diagnostic ; à plus forte raison le médecin qui m'avait appelé en consultation devait-il s'arrêter en reconnaissant qu'il avait affaire à un squirrhe de l'ovaire et non à une grossesse anormale, extra-utérine. Voici d'ailleurs en quoi ce qui précède se rattache à mon sujet.

Le même médecin, qui paraissait, je ne sais pour quelle raison, courir à la recherche des grossesses extra-utérines, finit cependant par en rencontrer un cas véritable chez une gargottière habitant le marais ; il m'en avertit, j'allai pour examiner cette femme. Voici quel fut le résultat de ma visite.

Cette femme, qui, par suite de son état, menait une vie très-active, me dit qu'elle était enceinte depuis dix-huit mois. Les débuts de sa grossesse s'étaient passés avec régularité ; la menstruation fut suspendue ; le ventre prit progressivement du volume, les mouvements actifs du fœtus se firent sentir. Au terme de la grossesse, elle fut prise de douleurs comme si elle allait accoucher. Dès que ce travail fut terminé, les seins se gonflèrent, la fièvre de lait survint, un écoulement séro-laiteux se fit par les mamelles, et puis graduellement tous ces phénomènes se dissipèrent, la santé revint comme par le passé, la femme cessa de sentir les mouvements du fœtus et reprit bientôt ses occupations. Tel fut le commémoratif que cette femme me communiqua. Maintenant, voici dans quel état je la trouvai : au bas-ventre siégeait une tumeur plus dure que le globe utérin renfermant le produit de la conception ; néanmoins, par le palper, il était possible de reconnaître, à certaines inégalités, les différentes parties d'un fœtus. Le toucher vaginal me fit reconnaître l'existence d'une tumeur en partie engagée dans l'excavation pelvienne, qui paraissait occuper le cul-de-sac péritonéal postérieur ou recto-utérin. Par suite de ce siége de la tumeur, le vagin se trouvait aplati supérieurement, et la paroi postérieure était refoulée en avant, ainsi que le col utérin, qui était appliqué contre la face postérieure du pubis. L'amaigrissement remarquable qu'avait subi la paroi postérieure du vagin au lieu où la tumeur proéminait vers sa cavité, me permit aisément de reconnaître que la tête du fœtus concourait à sa formation, et il me fut possible, avec le doigt, d'en suivre les sutures et les fontanelles. Cette femme, qui d'ailleurs se portait bien, ne consentit pas à se soumettre à une opération qui lui fut proposée par son médecin ordinaire. Je la vis depuis de temps en temps, et toujours bien portante, jusqu'à ce que, ayant fait de mauvaises affaires avec son commerce, elle ferma sa boutique, et s'en alla, comme vous pensez bien, sans donner son adresse.

Je perdis ainsi sa trace, ce qui me contraria assez. En effet, j'aurais été d'autant plus curieux de la suivre autant que possible, qu'un cas offrant beaucoup d'analogie avec le sien se présenta depuis à la Clinique ; le voici :

Une sage-femme m'amena une jeune personne qui, disait-elle, était enceinte depuis quinze mois ; d'ailleurs tous les symptômes rationnels et sensibles avaient accompagné la grossesse à son début ; le ventre avait pris du volume qu'il conservait encore lorsqu'elle me fut présentée. En pratiquant le toucher vaginal, je rencontrai, comme dans le cas précédent, une tumeur que je reconnus être la tête du fœtus, engagée dans le détroit supérieur, occupant aussi le cul-de-sac recto-utérin, d'où était résulté le refoulement en avant de la paroi postérieure du vagin et du col utérin.

Cette femme, affectée moralement de sa position, était déterminée d'en sortir à tout prix. Je lui fis sentir que je ne pouvais la débarrasser de sa tumeur qu'au risque d'une opération qui fut acceptée et bientôt pratiquée. Je me proposais de faire une incision du vagin au lieu le plus proéminent de la tumeur, et d'extraire ensuite le fœtus en appliquant le forceps sur la tête. Dès que j'eus pratiqué l'incision vaginale, je m'aperçus des difficultés que j'aurais à vaincre si je persistais à vouloir terminer l'opération ainsi que je l'avais conçue d'abord. Je préférai donc attendre, dans l'espoir que l'incision que j'avais pratiquée se dilaterait et que la sortie spontanée du fœtus pourrait s'effectuer. Mon attente se réalisa en partie ; l'ouverture se dilata ; mais dans le but de hâter une issue qui me paraissait devoir être indubitablement favorable, j'agrandis l'ouverture et je pus faire l'extraction de la plus grande partie des os de la tête.

Obligé de quitter Paris, je confiai alors la malade aux soins de M. Ménière, et l'engageai à continuer l'œuvre que j'avais commencée. Ce praticien fit pendant mon absence l'extraction du reste du squelette. A mon retour, tout était sorti spontanément ou avec le secours de l'art, hormis deux os qui manquaient pour compléter le squelette ; cette circonstance me donna quelque inquiétude sur les suites de l'opération ; mais la femme qui était, on peut dire guérie, voulut quitter l'hôpital. Trois mois plus tard elle vint me voir pour me dire que quelques jours auparavant elle avait ressenti des picotements dans les parties génitales tels, qu'ils avaient été suivis de la sortie de débris qu'elle avait conservés et me montra : c'étaient les deux os qui manquaient au complément du squelette ; cette femme s'en alla, et depuis lors je n'ai plus entendu parler d'elle.

Qu'était cependant devenue la femme du Marais?

Digitized by Google

vous devez bien vous imaginer que, attendu l'analogie du fait, j'étais plus que jamais curieux de connaître ce qui s'était passé chez elle. J'étais encore dans la plus complète ignorance, lorsque, ces jours derniers, un des agrégés de la Faculté, M. Baudelocque, m'apprit qu'elle était mourante à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau. Entièrement préoccupé d'un cas des plus graves, qui a nécessité l'opération césarienne que nous avons pratiquée devant vous il y a huit jours, je ne pus me rendre à l'hôpital Necker pour voir cette malade, qui, ayant ensuite succombé à une péritonite aiguë, a été l'objet d'un examen nécroscopique minutieux, dont je vais vous offrir les résultats, M. Bricheteau ayant bien voulu avoir l'obligeance de me communiquer les pièces pathologiques.

A l'ouverture de l'abdomen, on a trouvé à la partie inférieure du ventre un vaste kyste occupant en partie l'excavation pelvienne, et s'élevant d'autre part jusqu'à l'ombilic. Ce kyste siégeait dans le cul-de-sac péritonéal postérieur ou recto-utérin, et affectait les rapports suivants : en avant, avec le vagin et l'utérus qui se trouvaient fortement refoulés contre la face postérieure ou interne des pubis; en arrière, avec le rectum, l'angle sacro-vertébral ou promontoire; à droite, avec le cœcum, dont l'appendice était comprise dans l'épaisseur du kyste fœtal; à gauche, avec l'S romaine du colon; supérieurement, avec les circonvolutions de l'intestin grêle et l'épiploon; inférieurement, avec le rectum le vagin et la cloison recto-vaginale. En ouvrant ce kyste, on a de suite aperçu les restes d'un fœtus, c'est-à-dire une masse osseuse sphénoïde, pelotonnée, dont la partie inférieure était représentée par les os du crâne entassés comme des écailles d'huîtres, mais resserrés fortement les uns contre les autres, et cela probablement sous l'influence de la rétraction des parois du kyste; le noyau de la masse osseuse, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, était formé par les os du tronc entremêlés à quelques faibles restes de parties molles; la surface, au contraire, où l'écorce, était composée des os des membres, et inférieurement par ceux du crâne, ainsi qu'il vient d'être dit. Au reste, les dimensions de chaque partie squelettaire dénotent un enfant de volume ordinaire arrivé au terme des neuf mois : il est inutile de dire que tous les os étaient dissociés.

La surface interne du kyste était rugueuse, inégale, et présentait plusieurs solutions de continuité; une surtout, d'une étendue considérable, établissait une communication entre la cavité du rectum et celle du kyste lui-même. Il est à présumer que le résultat de la décomposition des parties molles, s'est procuré par cette voie une issue au dehors; il n'en a pas été de même des parties solides. Au surplus, ce n'est pas à cette communication du kyste avec le rectum qu'il faut rapporter l'issue funeste de cette femme, qu'il est plus naturel d'attribuer aux autres perforations du kyste qui communiquent avec la cavité péritonéale, et à travers desquelles il s'est fait probablement des épanchements qui ont déterminé la péritonite qui a été la dernière catastrophe de l'histoire si intéressante de cette femme. On trouve un fait identique dans une des thèses de la faculté présentée par M. Bony, dont le père avait eu occasion d'observer un nombre assez notable de grossesses extra-utérines : ici également, le kyste qui occupait le même siége et qui communiquait avec le rectum, ne détermina la mort qu'alors qu'une perforation de ses parois permit la communication de sa cavité avec celle du péritoine, ainsi que l'épanchement dans celle-ci de quelques matières, qui donna lieu à une péritonite promptement mortelle.

L'ouverture de communication avec le rectum existe dans l'intérieur de celui-ci, à la hauteur de six pouces environ de l'anus; celles qui communiquent avec le péritoine existent plus haut, et sont beaucoup plus petites.

Le sphéroïde, représenté par le pelotonnement ou agglomération des os, offrait le volume d'un gros œuf de cygne.

Le siége de la grossesse extra-utérine n'est pas bien démontré, ainsi que cela résulte de ce qui précède. On pourrait croire que l'ovule fécondée serait tombée dans la cavité péritonéale après sa séparation de l'ovaire, et que le kyste dont le produit de la conception est entouré serait formé exclusivement par ses membranes; qu'au moment de la chute, en outre, des adhérences vasculaires se seraient établies entre l'œuf et le péritoine, et qu'un placenta aurait pris naissance au lieu d'insertion de ce dernier sur la séreuse abdominale; les trompes d'ailleurs étaient libres et à l'état normal, et la grossesse n'était point tubaire par conséquent.

Je ne pense cependant pas que les choses se soient passées ainsi : je crois au contraire que la grossesse extra-utérine a été primitivement ovarique; qu'ensuite par l'accroissement du produit de la conception, l'ovaire s'étant rompu ainsi que cela a lieu d'ordinaire, le fœtus est passé dans la cavité abdominale, conservant par l'intermédiaire du cordon ombilical ses liens de communication avec le placenta, et partant avec la mère, et baignant d'ailleurs dans le liquide amniotique épanché dans le péritoine; qu'enfin, là il s'est entouré d'un kyste accidentel à la faveur duquel il a pu continuer de vivre jusqu'au moment de son complet développement et au complément de la vie fœtale.

Cette explication peut vous paraître singulière : voici cependant un fait qui en vient à l'appui. Une femme arriva mourante à la Maternité : on la disait

Digitized by Google

enceinte; elle était dans un état d'émaciation très-avancé et présentait d'ailleurs, au milieu d'un état anémique profond, les symptômes d'une péritonite, qui ne tarda pas à l'entraîner sans qu'elle fût accouchée. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes un fœtus dans la cavité abdominale, entouré d'un kyste grisâtre, dont la moitié de la surface interne était veloutée et l'autre lisse; le placenta était inséré dans une des fosses iliaques. Evidemment, le kyste était formé ici en partie par les débris de l'œuf, là où la surface du kyste était lisse et d'apparence séreuse, tandis qu'un kyste secondaire et supplémentaire avait complété d'entourer le fœtus, et pourvu ainsi à l'insuffisance du chorion et de l'amnios. Chez cette femme une portion de l'intestin grêle faisait saillie dans la cavité du kyste, où elle avait été suivie par une portion d'épiploon, lequel s'était allongé par le temps, et ayant affecté la forme du cordon, s'était entortillé autour de la portion d'intestin herniée dans cette cavité accidentelle, et avait déterminé son occlusion presque complète. J'appris en effet que les digestions avaient subi chez cette femme une altération profonde, et que les aliments ne passaient presque plus; ce qui n'avait évidemment pas peu contribué à l'amener à cet état d'émaciation et de marasme, qui avait précédé la dernière lutte qui avait été suivie de la mort.

Quelque chose d'analogue existait chez cette femme ainsi que nous l'avons dit plus haut: en effet, l'appendice vermiculaire du cœcum était contenue dans l'épaisseur de la paroi du kyste et faisait en partie saillie dans sa cavité. Cette disposition de l'appendice cœcale démontre d'ailleurs que non-seulement le kyste s'est formé après le passage du fœtus *dans la cavité* du péritoine, mais qu'en outre là *seulement il* s'est concrété, et qu'il n'est effectivement que d'une formation secondaire.

On n'a pas trouvé de placenta chez la femme dont nous faisons actuellement l'examen des pièces pathologiques: mais depuis cinq ans, époque à laquelle remonte maintenant le commencement de sa grossesse, on conçoit que cette partie inutile a dû disparaître au bout du terme de la grossesse, et qu'à la faveur de l'absorption ses parties ont dû d'abord être atrophiées pour disparaître ensuite entièrement. Cette absorption précoce du placenta est un fait important à connaître, car il ne faut point s'inquiéter de cet organe, et ne pas le chercher pour l'extraire dans les cas où l'opération peut paraître *indispensable*.

(Ibidem.)

Cas remarquable de nanisme. Deuxième grossesse. — Observation recueillie dans le service de M. Dubois.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans; elle est haute de 1 mètre environ (3 pieds 2 pouces); elle est née en Italie, d'un père très petit et nain, et d'une mère de taille ordinaire. De ce mariage étaient nés six enfants, quatre garçons et deux filles. Trois de ces six enfants sont arrivés à la taille ordinaire; trois autres sont restés nains. Chose singulière! deux de ces nains étaient garçons, une seule était fille; et, comme on le voit, ces nombres répondent exactement à la moitié du nombre total des frères et des sœurs. Dans l'ordre des naissances, ces individus se sont trouvés alterner, c'est-à-dire que leur mère accoucha une fois d'un enfant de taille ordinaire, puis d'un nain et ainsi de suite, comme s'il y avait eu prédominance alternative du père et de la mère dans ces différentes générations.

Au dire du sujet de cette observation et de ses parents, son grand-père paternel était Lapon, et par conséquent de petite taille; il aurait été conduit de son pays en Italie, et se serait établi et marié dans cette dernière contrée. Il eut quatre enfants; d'abord le père de notre naine et trois filles également fort petites.

De même que ceux de ses frères qui étaient nains, la jeune femme dont nous parlons vint au monde fort petite. La parente chez laquelle elle demeure, et qui l'a vue dans son enfance, rapporte qu'à cette époque on la tenait d'habitude sur une grande table, dans la crainte des accidents qui pouvaient la menacer, et que là elle avait souvent pour siége ordinaire une pelotte à épingles. Plus tard, elle vint en France avec un de ses frères, et tous deux furent engagés au théâtre de madame Saqui, où beaucoup de personnes ont pu les voir; ils y figuraient dans plusieurs exercices gymnastiques, et dansaient sur la corde. Une fois qu'elle eut atteint un certain âge, ennuyée d'être ainsi sous la dépendance de madame Saqui, qui la gardait pour ainsi dire à titre de propriété, elle réclama sa liberté, qui lui fut refusée; un procès fut entamé, elle le gagna et quitta Paris.

En 1838, au retour d'un voyage qu'elle avait fait en Italie, elle revint à Paris; elle était alors enceinte pour la première fois. L'homme auquel elle s'était attachée est jeune et bien proportionné; sa taille est environ d'un mètre soixante-quinze centimètres (5 pieds 4 pouces). Cette première grossesse n'offrit rien de particulier, elle fut même assez heureuse; seulement, au dire des personnes qui virent la malade alors, le ventre était fort volumineux.

Vers le mois d'avril 1838, la grossesse arriva à son terme, et M. P. Dubois fut appelé près d'elle

Digitized by Google

par M. le docteur Gros-Jean, le 5 avril. Le travail de l'accouchement était commencé depuis deux jours; les douleurs avaient été des plus vives; la malade était en proie à des accès convulsifs qui paraissaient séparés par des intervalles de stupeur, pendant lesquels on constata l'abolition complète de la connaissance. La jeune femme était dans un de ces accès, lorsque M. Dubois arriva près d'elle.

En pratiquant le toucher, on sentit la tête d'un enfant, placée fort bas dans le bassin, et qui paraissait engagée dans l'excavation; cette disposition, dont on ne se rendit pas compte à l'instant même, devait être attribuée à ce que le bassin est très-court de bas en haut, chez cette petite femme. On en conclut que le travail de l'accouchement était fort avancé; la dilatation du col de l'utérus était d'ailleurs complète.

L'auscultation de l'abdomen n'avait pas permis de constater la présence des bruits que l'on perçoit ordinairement chez le fœtus : l'enfant avait donc cessé de vivre. Cette persuasion, ajoutée au danger fort grave que courait la malade par suite du prolongement du travail qui entretenait les accidents nerveux auxquels elle était sur le point de succomber, encourageaient à appliquer le forceps pour tenter la délivrance; mais les praticiens présents, pensant que chez un sujet d'aussi petite taille on ne pouvait employer qu'un forceps proportionné, n'osaient se servir de celui qu'ils avaient à leur disposition. M. P. Dubois, convaincu qu'il n'y avait aucun inconvénient à courir, pressé d'ailleurs par les symptômes de stupeur qui se prolongeaient, introduisit son forceps de la manière accoutumée, et put saisir la tête de l'enfant avec facilité. Mais alors, l'étroitesse de la vulve, qui est proportionnée au reste du sujet, opposait un obstacle assez sérieux, puis une déchirure commençait à se former; heureusement cette fente passa en avant de l'anus sans nullement se prolonger vers le rectum, et se dirigea vers la fesse. L'accoucheur saisit alors un bistouri à lame étroite, et pratiqua sur la tête de l'enfant une incision dans le sens de sa longueur; une pression établie ensuite au moyen du forceps fit sortir assez promptement le cerveau, et acheva de briser le crâne. On put alors extraire sans difficulté un enfant bien conformé, qui présentait en tout les dimensions d'un enfant ordinaire; il fut pesé de suite, et l'on reconnut qu'il pesait 5 livres 1/2 à peu près (2 kilogrammes 750 grammes), ce qui est le poids d'un enfant à terme dans les conditions normales.

Une fois la délivrance opérée, les accidents convulsifs se prolongèrent encore pendant quelque temps, puis disparurent; peu après les symptômes de la métro-péritonite se déclarèrent. La faiblesse du sujet, l'état de prostration dans lequel elle s'était trouvée firent rejeter l'usage des antiphlogistiques, et l'on ne combattit la maladie qu'au moyen des émollients. Cependant la malade recouvra peu à peu la santé, et reprit ses habitudes accoutumées.

La perte de son enfant avait d'abord vivement affecté cette jeune femme; elle désirait ardemment devenir mère encore une fois, bien qu'une première grossesse eût mis sa vie en danger. M. Dubois, qui connaissait ses désirs, recommanda vivement de l'avertir de bonne heure si pareille chose se reproduisait.

Près d'une année se passa avant que ce professeur entendît parler de sa malade. Enfin, il y a quelques mois, elle vint de nouveau se confier à ses soins : les règles n'avaient pas eu leur cours depuis le 8 du mois de mai de l'an dernier, et la grossesse datait du 20 du même mois environ. A la fin du même mois, cette femme avait éprouvé des douleurs assez vives dans la cavité abdominale, mais elles avaient bientôt disparu et ne s'étaient plus reproduites. La première idée fut de tenter cette fois l'accouchement prématuré à une époque où le volume de l'enfant et le diamètre des organes génitaux seraient encore en rapport, et dans ce but on l'examina avec une minutieuse précaution.

Bien qu'il soit assez difficile d'apprécier pendant le cours de la grossesse quelles sont les dimensions du fœtus, et que les moyens d'investigation conseillés par les praticiens soient encore insuffisants, pour ne parler que du toucher et de la mensuration, on crut cependant dans cette circonstance ajouter quelque foi en ces ressources : voici d'ailleurs quel en fut le résultat.

Le ventre était peu saillant, peu volumineux ; les parents de la jeune femme, et cette dernière également, affirmèrent d'une manière positive que la saillie du ventre était bien moins considérable que lors de la première grossesse. En introduisant le doigt dans le vagin, on reconnut la présence d'une tête d'enfant qui parut fort petite et très-facile à déplacer : il était possible d'imprimer au fœtus un mouvement de déplacement assez sensible dans la cavité utérine. On en conçut le soupçon que cet enfant pourrait bien être d'un très-petit volume, ce qui permettrait d'espérer un travail d'accouchement plus facile que la première fois. Quoi qu'il en soit, cet examen doit être renouvelé, et quelques tentatives seront faites alors pour essayer d'obtenir des mesures à peu près exactes des diamètres crâniens.

L'histoire de cette jeune femme a fourni à M. P. Dubois l'occasion de faire quelques recherches sur les principales particularités offertes par les individus nains les plus célèbres dont l'observation est arrivée jusqu'à nous, et de les comparer avec les faits que nous venons de raconter rapidement. Voici le résultat de cette étude, qui ne laisse pas que d'offrir beaucoup d'intérêt sous divers points de vue.

Digitized by Google

1° On a pensé généralement qu'un individu nain ne pouvait prendre naissance que d'individus dans des conditions semblables de développement. Beaucoup de faits ont prouvé que cette opinion n'était pas fondée, et que, loin de là, les nains avaient souvent pour parents des sujets grands et bien régulièrement conformés. Il en fut ainsi pour Bébé, le nain de Stanislas, dont on peut voir la représentation en cire dans le cabinet de la Faculté. Borwilaski, gentilhomme polonais, eut des parents de taille ordinaire. Notre sujet, comme on le sait, était issue d'un père nain et d'une mère de taille normale.

2° L'histoire que nous avons reproduite confirme encore cette opinion, qu'il existe rarement un seul enfant nain dans une même famille. Borwilaski, que nous avons cité, eut un frère et une sœur nains comme lui, en tout trois nains sur dix enfants qu'eurent ses parents. Caldès, auteur peu connu, rapporte le fait suivant qu'on pourrait peut-être accuser d'inexactitude : deux individus de taille ordinaire donnèrent le jour à huit enfants; le premier, le troisième, le cinquième et le septième atteignirent le développement ordinaire; le second, le quatrième, le sixième et le huitième restèrent nains. Si cette observation est fidèle, elle affaiblit un peu l'explication de la prédominance alternative d'un des parents, invoquée pour expliquer un ordre semblable dans la naissance de notre sujet et de ses frères et sœurs.

3° Quelques nains naissent excessivement petits, tel fut Bébé qui, lors de sa naissance, n'avait que de cent quarante à cent soixante millimètres (cinq à six pouces); il était si petit, dit son historien, qu'on le porta au baptême sur une assiette et qu'un sabot lui servit de berceau.

Leur croissance se fait ensuite dans les proportions ordinaires ; mais parfois ils grandissent lorsqu'ils arrivent à un certain âge. Ainsi Borwilaski, qui n'avait à vingt-deux ans que un mètre environ (trente-huit pouces), parvint plus tard à la taille de trois pieds neuf pouces. Jeffray Hudson, nain anglais, dont nous parlerons dans un instant, offrit le même phénomène. On a observé une marche tout à fait inverse dans le développement de ces petits individus; ainsi des enfants qui présentèrent à leur naissance les proportions ordinaires cessèrent tout à coup de grandir à une certaine époque de leur vie, tel fut Jean Koal, né en 1750; il eut jusqu'à l'âge de onze ans la taille des autres enfants, sa croissance se suspendit alors, et à seize ans il n'avait qu'un mètre de haut (trois pieds).

4° Parfois les nains sont fort stupides, Bébé était presque idiot; le comte de Tressan, qui nous a transmis l'histoire de sa vie, dit qu'il n'y avait pas grande différence sous le rapport de l'intelligence entre lui et un chien bien dressé; on ne put jamais lui apprendre à lire, et tout au plus s'il comprenait la mesure de la musique ; il avait des instincts tout à fait animaux; il était envieux, irascible à l'excès; à l'âge de l'adolescence il devint très-amoureux d'une gouvernante du palais, et ses excès le conduisirent à la décrépitude qui termina sa vie à l'âge de 24 ans.

D'autres nains, au contraire, ont donné des preuves d'une grande intelligence : ainsi Borwilaski, négligé d'abord par ses parents, étant devenu la propriété de la comtesse Soubieska, apprit en peu de temps à lire et à écrire; il parlait le français et l'allemand, et il traça lui-même sa biographie. Jeffrey Hudson, dont nous avons déjà fait mention, et qui appartenait à la reine Henriette d'Angleterre, devint capitaine dans l'armée royaliste. Ayant été insulté à cause de sa taille par un autre officier, nommé Croft, il le provoqua en duel : celui-ci vint au rendez-vous armé d'une seringue. Hudson indigné le provoqua de nouveau, combattit au pistolet et à cheval : Croft fut tué au premier coup.

En 1818 mourut à Birmingham une naine haute de 3 pieds, Nanetta Stockart. C'était, disent ceux qui l'ont connue, une femme accomplie.

La jeune femme que nous avons eue sous les yeux est fort intelligente : elle s'exprime avec facilité et est fort aimée de ceux qui la connaissent; recherchée en mariage par Mathias Gulia, nain célèbre que chacun a pu voir à Paris dans ces dernières années, elle le refusa avec mépris : selon elle, ce n'était pas un homme.

5° Une question intéressante est de déterminer si les nains se reproduisent entre eux. De tout temps, des essais ont été faits à ce sujet par des propriétaires de nains, curieux d'en multiplier le nombre. Catherine de Médicis et une électrice de Brandebourg, qui toutes deux possédaient plusieurs nains, s'amusaient à former des mariages entre ces individus, et jamais on ne vit ces accouplements suivis du résultat désiré. Borwilaski fit exception à cette espèce de loi; marié à l'âge de vingt-deux ans, il eut un enfant de taille ordinaire, mais ce fut, disent ses contemporains, une paternité très-douteuse. La science possède un exemple de ce genre plus véridique, une naine qui vivait en 1784, et dont le portrait est conservé dans le musée de Hunter, devint enceinte et mourut en donnant naissance à un bel enfant. Le sujet de notre observation présente sous ce point de vue un double intérêt : le terme de sa seconde grossesse approche, et nous nous proposons de compléter son histoire aussitôt après sa délivrance.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Février 1840.

—

Digitized by Google

Mémoire sur l'état variqueux des vaisseaux capillaires comme constituant la trame du carcinôme des conduits hépatiques; par THOMAS GORDON HAKE, ex-médecin du dispensaire de Brighton, de l'asile des Orphelins, etc. (1).

J'ai vu les capillaires variqueux pour la première fois dans une pièce pathologique prise sur une rate; elle m'avait été communiquée pendant mon séjour à Paris (janvier 1839), par M. le professeur Andral. Je les ai trouvés pour la seconde fois dans un cas de ramollissement de la rate. Dans une préparation des intestins que M. Kiernan me pria d'examiner, j'ai reconnu le même état de ces vaisseaux, et je fis part à cet anatomiste de mes idées sur la nature de cette disposition anormale. Cependant je n'appréciais pas encore toute l'importance de cette forme d'altération. Je ne la soupçonnai que plus récemment en reconnaissant son identité parfaite avec la structure du carcinôme. J'exposerai ailleurs l'histoire de cette découverte (2).

I.

On connait une maladie du foie, observée sur le lapin, qui consiste dans l'hypertrophie des conduits biliaires et dans leur transformation carcinomateuse : cependant elle simule, par ses apparences, de petits abcès. Il faut attribuer la cause de cette erreur à une dilatation des conduits qui se reproduit sur eux dans un ordre régulier. Ces renflements partiels peuvent exister en fort petit nombre, ou bien être assez nombreux pour occuper la plus grande partie du parenchyme du foie, et alors, on les aperçoit au-dessous du feuillet du péritoine qui les recouvre, et ils font saillie dans plusieurs points de la surface de cet organe.

Je m'étais occupé dernièrement de rechercher les caractères du pus, dans ses différents états pathologiques; aussi ma première pensée, lorsque je me mis à étudier cette maladie des conduits hépatiques, fut-elle d'examiner attentivement, à l'aide du microscope, la matière purulente que renferment ces conduits, sans néanmoins m'attendre à trouver autre chose que quelques variétés connues des globules du pus. Ce produit morbide me parut cependant, au premier aspect, différer du pus ordinaire; il consistait dans des corpuscules de forme ovoïde, presque toujours plus gros que les globules ordinaires du pus. A l'intérieur de leur enveloppe ovoïde, ces corpuscules présentaient un noyau central de forme circulaire, correspondant en général, par son siége, au plus grand diamètre transverse de la capsule extérieure, quoiqu'ils variassent de cette dimension à celle de la longueur totale de l'enveloppe ovoïdale. A l'intérieur de ce noyau central, étaient placées de nombreuses molécules, les unes plus grandes, les autres plus petites que celles dont on parvient à démontrer l'existence dans les globules ordinaires du pus, par le secours de l'acide acétique concentré (1).

Un examen minutieux des caractères généraux de la maladie me permit de vérifier que ce liquide anormal distendait la vésicule biliaire, le conduit cystique, et le canal cholédoque aussi bien que les conduits hépatiques. Au moyen de ces canaux, il arrivait librement jusque dans la cavité du duodénum, et se mêlait avec les matières qui s'y rencontraient, ainsi qu'avec celles que contenaient l'estomac et le reste du tube digestif. Je le retrouvai partout dans tous ces points en quantité considérable. Deux fois cependant je trouvai un obstacle qui s'opposait à son libre passage de la vésicule biliaire dans le canal cystique. Dans un de ces cas, la vésicule biliaire était distendue par une matière purulente, dans l'autre par un fluide verdâtre et transparent, mais chaque fois j'y retrouvai les corpuscules ovoïdes que j'ai mentionnés.

Je voulus alors m'assurer de la disposition exacte des vaisseaux, et des sources par lesquelles ce fluide pouvait être déposé dans les conduits; la surface

---

(1) A treatise on varicose capillaries, as constituting the structure of carcinoma of the hepatics ducts, and developing the law and treatment of morbid growths. With an account of a new form of the pus globule; by Thomas Gordon Hake. — London 1839. 26 pages grand in-4° avec 6 pl. (Traduction par L. Marchessaux.)

(2) Nous donnons ici en entier le travail de M. Hake, parce qu'il renferme des vues tout à fait nouvelles et des recherches fort délicates, relativement aux altérations des vaisseaux capillaires. Jusqu'ici cette branche de l'anatomie pathologique avait à peine été explorée; cependant, les renseignements que nous donne cet anatomiste sont tellement éloignés de toutes les idées généralement admises que nous publions son mémoire, surtout à titre de document provisoire; un examen confirmatif devra seul les faire accepter. Du reste M. Hake, auquel plusieurs de nos lecteurs auront sans doute entendu faire l'exposition de ses idées à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. Andral, se recommande aux médecins consciencieux, par de grandes connaissances en ce genre d'étude et par de patientes investigations. Ce premier travail doit être suivi bientôt par l'exposition de recherches analogues qui, sans doute, pourront faire mieux apprécier son exactitude et sa valeur positive. (*Note du traducteur.*)

(1) Nous regrettons de ne pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les dessins publiés par M. Hake, car ils jettent une grande clarté sur les descriptions qu'il nous donne, et complètent souvent ce que l'exposition de ses découvertes pourrait avoir de difficile à saisir au premier abord.

Digitized by Google

externe des portions hypertrophiées se trouvait être très-vasculaire et d'une couleur rouge foncé.

Je me procurai un autre lapin, et je liai l'artère aorte et la veine porte, pour empêcher l'arrivée du sang dans le foie. J'ouvris alors la veine hépatique. Le foie, qui présentait l'altération mentionnée dans sa plus grande étendue, fut injecté avec le plus grand soin le jour suivant : l'injection réussit parfaitement. Les portions très-vasculaires des conduits recevaient l'injection, à la fois, de l'artère hépatique et de la veine porte, mais principalement de cette dernière.

Le fluide blanchâtre de l'intérieur des canaux se trouva dans quelques points teint en vert, couleur que j'avais employée pour l'injection de la veine-porte ; dans d'autres, il offrait la couleur rouge de l'injection artérielle. En ouvrant différents conduits, et en examinant leur surface interne, je vis qu'elle était le siége d'une dégénérescence spéciale ; en effet, elle était épaissie, irrégulière ; l'injection rouge et verte l'avait exactement pénétrée, mais il ne fut pas possible d'y découvrir des vaisseaux à l'œil nu, excepté toutefois des rameaux considérables de l'artère hépatique.

Ayant soumis au foyer du microscope la surface extérieure ou vaginale de ces canaux, aussi bien que leur surface interne, ces deux surfaces étant pénétrées très-exactement par une injection fine, je trouvai la première couverte d'un réseau excessivement ténu, dépendant de la veine porte et traversé par des rameaux venant de l'artère hépatique. Ce réseau, dans beaucoup de points, présentait les caractères que l'on rencontre sur les vaisseaux à l'état normal. Ce fait est d'un grand intérêt pour la physiologie, car cette disposition donne une idée parfaite du *mode de* terminaison des ramuscules de la veine porte dans les conduits hépatiques ; et, comme il m'a été possible de voir ces capillaires se continuer jusqu'à la surface interne des conduits, ce que je développerai dans un instant, on peut se permettre d'expliquer la sécrétion de la bile de la même manière que celle d'autres fluides, c'est-à-dire, par la terminaison des vaisseaux sur la surface libre de ces membranes, ou par exhalation.

L'examen de la face interne des conduits me fournit la preuve que l'altération dont il s'agit consiste dans un plexus des capillaires dépendant de la veine porte, entremêlés çà et là de ramuscules venant du système de l'artère hépatique. Ce réseau, au lieu de présenter une disposition normale, me parut formé par des réseaux variqueux, énormément dilatés, noueux dans quelques points et rétrécis dans d'autres. Ainsi, la masse complète se trouvait être constituée par une agglomération de vaisseaux capillaires devenus variqueux.

II.

Le docteur Carswell, dans ses admirables planches représentant les *altérations élémentaires*, a donné un dessin de la lésion que nous décrivons ici, et il a, certes, le mérite incontestable d'avoir prouvé qu'elle a son siége dans les conduits hépatiques. « Leurs extrémités, dit-il, étaient dilatées en forme d'ampoules piriformes de grandeur variée. Dans ces sacs ; aussi bien que dans les conduits biliaires, on rencontrait la matière tuberculeuse ayant une consistance et une couleur crêmeuses ; on pouvait l'en exprimer après avoir coupé l'extrémité du canal cholédoque, en pressant soit sur les canaux hépatiques, soit sur leurs extrémités renflées. Ces petits sacs piriformes offraient à l'extérieur une surface polie, uniforme, excepté dans deux ou trois points vers lesquels ils étaient légèrement lobulés. A l'intérieur, quelques-uns offraient des cloisons, mais le plus grand nombre étaient régulièrement creux. Le fond de chacun d'eux était uni à la substance du foie, par des moyens d'union que je crus pouvoir prendre pour des petits vaisseaux sanguins. »

J'ai pu confirmer l'exactitude de ces observations en examinant la maladie dans ses premières périodes. En premier lieu, on observe la dilatation simple du conduit sans épaississement de ses parois ; la bile, que l'on trouve à cette période, dans l'intérieur du conduit, contient des globules semblables à ceux du sang, mais ayant trois ou quatre fois leur diamètre ; et parfois ces globules présentent des corpuscules saillants sur leur surface. Dans une période plus avancée, le canal est épaissi et globuleux à sa sortie des granulations du foie, et renferme du pus. Cet épaississement du conduit répond à l'état cru du carcinôme ; mais, que la maladie fasse des progrès, et que la totalité du canal devienne noueuse et variqueuse, la substance se ramollit et présente alors tous les caractères du sarcôme médullaire. La forme à cellules, à cloisons, que l'on observe, est produite par une efflorescence de petits vaisseaux qui prennent dans leur développement la forme de flocons ; et enfin, le ramollissement final est dû à la faiblesse des vaisseaux, faiblesse qui augmente à mesure que ces derniers subissent une transformation variqueuse.

Il arrive fréquemment que la surface extérieure du canal hypertrophié se trouve colorée par la présence de vaisseaux congestionnés. Au moyen de l'injection, il est facile de démontrer que ce réseau vasculaire est formé par des capillaires de la veine porte. Ces capillaires n'étant pas variqueux au même degré que ceux qui sont à l'intérieur du conduit, peuvent, à cause de leur disposition et de leur calibre régulier être considérés comme étant la représen-

Digitized by Google

lation fidèle des ramuscules de la veine porte dans les canaux hépatiques à l'état normal. Des rameaux artériels parcourent aussi ces conduits, mais la distribution plexiforme est propre à la surface interne, seulement c'est là qu'ils se fondent, sans s'anastomoser, avec un réseau semblable de capillaires émanés de la veine porte.

Les moyens d'union qui existent entre les conduits hypertrophiés et les granulations du foie se font par le moyen de petits conduits qui se ramifient autour de ces dernières. Les parois de ces conduits capillaires qui ne peuvent participer à l'altération commune, aussi bien que celles des branches plus considérables, reçoivent la matière de l'injection poussée dans le système de la veine porte.

La structure carcinomateuse de ces conduits est entièrement vasculaire, et consiste en un plexus de vaisseaux capillaires variqueux qui se ramifient dans toutes les directions, et non pas seulement sur la surface. En effet, les vaisseaux malades commencent au plexus externe et se portent à la surface interne des conduits, tandis que le pus s'accumule dans les interstices qu'ils laissent entre eux. L'état variqueux de ces capillaires coïncide pour ainsi dire avec l'époque de leur production, car la marche de leur altération, sinon son premier développement, est en tout assujettie aux lois ordinaires de la pathogénie. Les nouveaux vaisseaux ne s'élancent pas pour parcourir un dépôt albumineux ou bien une masse d'une autre nature, comme quelques auteurs l'avaient pensé; mais ils s'échappent sous forme de flocons, d'une base vasculaire, fournissent de nouvelles branches, et leur développement seul donne lieu au développement du carcinôme, de même que leurs différents degrés de *varicosité* constituent son ramollissement progressif.

Telle est la manière dont cette altération morbide se développe dans l'intérieur des conduits. Sa structure, comme on voit, est toute vasculaire. Si on pratique une section transversale sur un conduit, on reconnaît que le réseau de capillaires variqueux qui forment sa substance, ressemble à des alvéoles d'abeilles; et les vaisseaux sont tellement ténus qu'on ne peut les apercevoir qu'après leur avoir fait subir un grossissement de trente ou quarante diamètres.

Quelle que soit la fonction départie aux artères hépatiques, qu'elles servent à fournir le sang aux follicules des conduits pour la sécrétion du mucus, ou bien à séparer les sels de la bile (hypothèses qui toutes deux ont été admises), elles jouent sans aucun doute un rôle dans l'altération que nous étudions; car, bien quelles y soient moins nombreuses que les veines, elles sont néanmoins le siége de la varicosité, ou, pour parler plus convenablement puisqu'il s'agit d'artères, d'une dilatation anévrysmale.

Donc, la cause efficiente du carcinôme, tel qu'il existe dans les conduits hépatiques, se trouve dans la *varicosité* complète des veines, dans l'état *anévrysmatique* des artères du système capillaire et dans la simple augmentation des vaisseaux ainsi affectés. L'application de cette loi de développement morbide à l'étude de la pathogénie, se trouvera dans le dernier chapitre de cet essai.

III.

La matière purulente trouvée à l'intérieur des conduits hépatiques malades, fut examinée au moyen du microscope. Je vis alors qu'elle était composée de deux parties, savoir : un fluide séreux et des corpuscules ovoïdes, ces derniers me parurent être disposés relativement au liquide qu'ils contenaient d'une manière toute analogue à celle sous laquelle se présentent les globules du sang ou du pus. Ils étaient demi-transparents; leur forme les faisait ressembler à un œuf; mais pour diverses raisons, cette comparaison ne peut leur être appliquée d'une manière absolue. Ainsi un œuf offre une cohésion exacte dans ses différentes parties, une continuité parfaite dans son organisation. Dans ce cas au contraire je remarquai une disposition absolument opposée : en effet le caractère le plus saillant de ces corpuscules était une tendance très-grande à perdre leur forme normale, et à se disjoindre dans leurs éléments constitutifs; je l'attribue à ce que les moyens d'union qui les retenaient entre eux, étaient entièrement physiques. La substance de ces corpuscules était homogène, chacune de leurs parties était complète, avait une structure uniforme, et était unie aux autres parties par la contiguité de la substance et non par continuité. Sur tous je vis la capsule qui les enveloppait, non adhérente aux noyaux, et je trouvai même de ces derniers qui ne présentaient pas de capsule, quoiqu'ils fussent complets sous les autres aspects. Bien plus, ces noyaux globuleux, qui différaient de siége, car les uns étaient contenus dans la capsule, tandis que les autres étaient dégagés, se présentèrent quelquefois vidés en tout ou en partie des molécules qu'ils contenaient; tandis que les autres, tantôt isolés tantôt groupés, restaient dans la sérosité sans offrir d'altération. Les fragments de capsules flottaient aussi en grand nombre dans le même milieu, en offrant des formes variées, bien que le plus souvent régulières (1). Ces changements correspondaient assez complétement à ceux que l'on

(1) Pour bien comprendre ceci, il est important de se rappeler les différents passages des autres alinéas, dans lesquels ces globules ont déjà été indiqués ou décrits partiellement. (*Note du traducteur.*)

Digitized by Google

observe sur les globules du pus ordinaire, qui, si on les examine dans diverses maladies, sont souvent trouvés désagrégés, soit dans le sang, soit ailleurs. Leurs molécules sont alors débarrassées de leur enveloppe, comme les corpuscules dont nous parlons, et flottent parmi les autres parties constituantes du pus ; leur matrice ou leur enveloppe existe tantôt entière ou divisée en lambeaux qui sont adhérents, d'autres fois elle est séparée en portions amorphes. Dans un seul cas, une masse de matière calcaire déposée dans le calice des reins était entièrement composée de molécules de pus. Dans ce cas je constatai dans le sang un grand nombre de globules de pus. Bien plus, quoique les corpuscules ovoïdes qui varient en grandeur, soient quelquefois plus petits que la molécule de pus ordinaire, fréquemment aussi ils ont à peu près le même diamètre qu'elle ; et dans chaque noyau central, on remarque une ou deux molécules plus considérables que les autres. L'acide acétique n'a pas de prise sur les corpuscules ovoïdes, à moins qu'on n'aide son action au moyen d'une pression légère qu'il est facile de produire entre deux lames de verre : le globule du pus est entièrement *dissous* quand on a recours au même procédé. Telles sont les preuves que je puis donner pour prouver l'identité qui existe entre le pus et le fluide contenu dans les conduits hépatiques malades ; je ne dois pas omettre de dire qu'il est impossible de les distinguer l'un de l'autre à l'œil nu, preuve qui suffit déjà lorsqu'on ne veut pas avoir recours au microscope.

Bien que j'aie étudié avec le plus grand soin le pus formé dans différentes maladies, et tantôt mélangé avec le sang, tantôt au contraire séparé d'avec ce liquide, mes observations ne me fournissent pas de données suffisantes pour expliquer son mode de formation. Je puis cependant exposer le résultat de quelques-unes de mes recherches, ce qui jettera, je l'espère, quelques lumières sur la discussion qui nous occupe. On ne sait si le pus est une altération du globule sanguin ou s'il se forme de toutes pièces. Cependant il m'est arrivé de constater, sur la matière purulente formée après un accident, que les globules avaient exactement les mêmes dimensions que ceux du sang. Il y avait parmi eux quelques globules de sang pur, et d'autres qui leur ressemblaient tant pour la grandeur que pour le volume, mais qui offraient un, deux ou plusieurs caractères différents ; cependant tous ces caractères étaient distinctifs des globules du pus, et indiquaient dans quelles circonstances ces globules avaient pris naissance, ou plutôt quel était le degré de transformation auquel ils étaient arrivés. Il y en avait d'autres, de la même grosseur, chez lesquels tous les caractères étaient fort distincts et dont les bords étaient inégaux. Au contraire, dans le pus qui se produit par suite de modifications dans l'organisme, ou par suite d'une maladie chronique de quelque organe, les globules excèdent d'une moitié ou d'un tiers le volume du globule sanguin ; ils sont plus aplatis que ces derniers et présentent un bord brisé. On peut constater la présence de cette espèce de globules dans le sang toutes les fois qu'il existe dans l'économie un dépôt quelconque de pus. Ainsi, dans la dernière période de la phthisie le docteur Carswell trouva, et j'ai pu faire la même observation, que le sang ne contenait pas d'autres globules que des globules de pus (1).

Ces faits prouvent en faveur de l'opinion qui veut que le pus soit formé par le sang, et je suis fort disposé à l'adopter, dans l'état actuel de nos connaissances; mais, si ces corpuscules ovoïdaux sont purulents, comme on a de bonnes raisons pour l'admettre, il y a là ce fait difficile à expliquer, c'est qu'ils présentent un diamètre plus considérable que la capacité de beaucoup de vaisseaux composant le réseau que j'ai décrit. Les portions de ces vaisseaux qui présentent des nodosités, aussi bien que celles qui sont arrivées à leur plus haut degré de dilatation, sont de beaucoup plus larges que ces corpuscules ; et, puisque ces derniers occupent les interstices de leurs plexus aussi bien que l'intérieur des conduits, il est plus que probable qu'ils sont formés dans ces réservoirs par le sang veineux qui les remplit pour la plus grande partie.

IV.

Le plus grand diamètre auquel arrivent les capillaires veineux devenus variqueux peut être évalué à un centième de pouce (moins d'un tiers de millimètre), mais il varie souvent de cette dimension à un quatre centième de pouce dans la même branche ; les plus petites d'entre elles, celles qui paraissent développées plus récemment, n'offrent guère qu'un cinq millième de pouce. En comparant maintenant les dimensions des corpuscules qui atteignent environ la huit cent cinquantième partie d'un pouce dans leur plus petit diamètre, et la quatre cent cinquan-

(1) Il nous paraît évident que les médecins anglais n'ont pu admettre une proposition de ce genre. Comment dire que dans les cas de phthisie au troisième degré il ne circule plus que du pus dans les vaisseaux. Il y a sans doute quelque erreur qu'il ne nous est pas permis d'approfondir. Nous avons dû respecter le texte que nous reproduisons ici comme moyen de comparaison.

« In the last stage of phthysis, the blood was found by Dr Carswell, and myself, to contain no other globules than those of pus. »

(*Note du traducteur.*)

Digitized by Google

tième dans leur plus grand, et celles des plus grands canaux, il est facile de voir que ces derniers ont un calibre bien suffisant pour admettre ces globules et pour les contenir.

Du moment que les globules sanguins arrivent à ces sacs variqueux, il n'est pas probable qu'ils puissent passer de là dans le système pulmonaire. L'extrême ténuité à laquelle ces vaisseaux arrivent, et leur accroissement rapide montrent avec quelle facilité les parties s'accommodent aux circonstances. Au lieu de dépurer le sang, les vaisseaux, par suite de leur changement d'état et de l'augmentation de leur contenu, séparent du pus, dans le but pour ainsi dire de remplacer la bile qui était évacuée par le canal naturel de la sécrétion biliaire. Le docteur Cruveilhier dit que, sur des conduits hypertrophiés qu'il étudiait chez un chien, il ne trouva que du sang à l'intérieur de leur cavité; c'était un de ces cas dans lesquels sans doute la rupture des capillaires variqueux donne naissance à une hémorrhagie. Je ne doute pas que le contact de l'air avec le sang, qu'il arrive pendant le cours d'une affection des poumons, dans le cas de phthisie que nous avons cité, par exemple, pendant sa détention dans les capillaires variqueux, ou dans toute autre occasion, ne donne naissance à cette dégénérescence purulente des globules. Chez les individus dans le sang desquels le pus s'est formé à la suite d'un long séjour dans les hôpitaux, ce qui arrive fréquemment (1), toutes les traces de la présence de ce liquide disparaissent après trois ou quatre jours passés dans une atmosphère plus pure. D'après le même principe, le sang retenu dans les capillaires variqueux, au lieu de se purifier par la voie des sécrétions, et d'arriver ensuite aux poumons, éprouverait une espèce de dégénérescence purulente. Mais quant à savoir comment se forme cette nouvelle variété de globules du pus, ce fait doit rester encore indéterminé, car il n'existe pas d'autres exemples de la production de pus par le sang veineux, pour nous guider dans nos recherches.

Il n'y avait pas de traces de corpuscules ovoïdes dans la vessie; le chyle n'en présentait pas non plus, quoique le sang n'offrît aucun signe de leur présence dans le torrent circulatoire, on y remarquait des particularités fort importantes à noter. Dans le foie, dans la rate, dans les reins, les globules étaient confluents; c'est-à-dire qu'ils avaient perdu leur individualité à un point plus ou moins considérable. Ils s'étaient fondus les uns dans les autres en formant des masses : j'ai observé cet état du sang dans d'autres circonstances, dans les fièvres, les hémorrhoïdes, etc., souvent aussi dans les affections nerveuses, comme l'inquiétude mentale, les palpitations, etc., la santé générale étant du reste intacte. Dans les poumons les globules étaient distincts, mais souvent groupés de la même manière que des corps ovoïdes et leurs noyaux. Dans le foie on retrouvait les mêmes groupes, mais les globules étaient confluents. Là aussi on observait les mêmes globules, plus grands que ceux qui ont été décrits jusqu'ici et dont j'ai signalé la présence dans la bile à la première période de la maladie.

Il y avait des différences distinctives entre les corpuscules ovoïdes rencontrés dans les organes digestifs. Ceux que renfermait l'estomac paraissaient avoir subi une digestion partielle; dans le duodénum ils présentaient quelques variétés de forme.

Les vaisseaux capillaires de l'estomac et du duodénum que j'avais injectés, furent trouvés anévrysmatiques; et, dans les portions auxquelles ils se distribuaient, je remarquai une tendance à cet état qu'on a à tort désigné sous le nom d'ulcération, altération dont j'expliquerai ailleurs le mécanisme.

V.

Ce fait que toutes les productions morbides, soit cancéreuses, tuberculeuses, osseuses ou autres, peuvent non-seulement coexister, mais offrir des relations intimes quant à leur mode de structure, qu'on les rencontre mélangées à des produits purulents, séreux, sanguinolents et à d'autres encore, ce fait, dis-je, que Béclard a envisagé comme une des plus grandes difficultés que l'on puisse rencontrer dans l'étude de l'anatomie pathologique (1), peut, de nos jours, être considéré comme une preuve de l'existence d'une seule et même loi qui présiderait au développement de toutes les altérations. Bien que les conditions de cette loi nous soient inconnues, les auteurs n'ont pas manqué de découvrir une liaison intime entre les formes variées du carcinôme, telles que le squirrhe, le cancer, le sarcôme médullaire ou gélatiniforme, et les ont appelées indifféremment du même nom; tandis que par les uns le tubercule et la mélanose ont été réunis dans une même classe, et par d'autres la mélanose et le cancer réunis dans une autre classe (2).

---

(1) Nous ne saurions admettre cette opinion tant qu'elle ne sera pas appuyée de faits bien concluants, observés sur un grand nombre de malades.

(*Note du traducteur.*)

(1) Anatomie générale.

(2) Les recherches de M. Hake sont d'autant plus importantes qu'elles ont pour but de nous apprendre à étudier les altérations que les tissus élémentaires doivent éprouver dans les maladies de nos organes. Cette manière d'envisager l'anatomie pathologique ne saurait être trop encouragée, quand bien même elle ne donnerait encore lieu qu'à des travaux

Digitized by Google

Lorsque Béclard, écrivant sur le cancer, dit (1) : « Ce tissu a moins de consistance que le squirrhe, quoiqu'il en ait beaucoup plus que la substance cérébrale; il est d'un blanc laiteux, présentant, lorsqu'on le coupe, des points rouges formés par les orifices des vaisseaux divisés : ces derniers sont très-nombreux; mais leurs parois sont minces et supportent à peine le poids de l'injection. » — Cet auteur n'était pas loin de la cause efficiente de la maladie; et si son esprit s'était dirigé vers sa recherche, il est probable qu'il serait arrivé à la connaissance de la vérité, à laquelle il touchait déjà.

Dans l'affection tuberculeuse de la rate, j'ai vu les capillaires artériels anévrysmatiques; il resterait à prouver qu'ils le sont dans toutes les formes de l'affection tuberculeuse et cancéreuse. En attendant, puisque la nutrition des tissus s'opère à l'état sain par l'intermédiaire des vaisseaux, il est naturel de penser que les modifications qui surviennent dans l'accomplissement de cette fonction sont dues également à quelque altération des vaisseaux.

On voit que l'hémorrhagie survient dans les affections cancéreuses par suite de la rupture des vaisseaux capillaires variqueux. Je ne doute pas qu'une cause semblable ne lui donne naissance dans tous les tissus, dans les tissus pulmonaire, cérébral, par exemple, etc., et les recherches que je développe ici peuvent décider de suite cette proposition. En effet, ces vaisseaux une fois dilatés et amincis, n'ayant pas de soutien mécanique, quand l'altération à laquelle ils donnent lieu est située superficiellement, finissent par se gangréner. C'est ainsi que se détruisent et que s'éliminent les parties envahies par la maladie; et, comme on le voit, cette élimination se fait, non pas par la voie de l'absorption, mais bien par la séparation de toute la portion malade située superficiellement.

Les capillaires à l'état sain ont un calibre uniforme, leur diamètre est à peu près le même que celui d'un globule sanguin. On peut conclure de ce fait que dans tous les tissus qui sécrètent du pus, les vaisseaux sont à l'état de dilatation; car le globule purulent est plus gros que le globule sanguin du tiers ou du double environ. Les vaisseaux capillaires qui donnent naissance au premier doivent nécessairement avoir un diamètre proportionné à son volume. Cette vérité bien simple nous dévoile l'état anatomique des capillaires dans la grande classe des affections scrofuleuses, vénériennes, etc., ainsi que dans les plaies qui suppurent.

On ne peut douter que les capillaires soient les agents actifs du développement de toutes ces maladies; aussi, quand on aura suffisamment étudié et bien saisi la nature des modifications que ces vaisseaux peuvent subir lors de la production des altérations morbides, peut-être sera-t-il possible, en concentrant toutes les vues thérapeutiques vers ce but, de trouver des moyens assez efficaces pour modifier leur action.

Si les recherches minutieuses que nous venons d'exposer n'attirent pas d'autres investigateurs dans le champ de ces études, nous recommandons avec instance aux médecins de ne pas négliger l'examen des capillaires lorsqu'ils se livreront à l'étude des diverses altérations morbides; nous appellerons surtout leur attention sur l'état de ces vaisseaux dans l'anévrysme des gros vaisseaux (1), dans l'état variqueux des veines, dans l'atrophie et l'hypertrophie des organes, dans les maladies générales, telles que les affections fébriles et inflammatoires.

Reste à découvrir le traitement que l'on pourrait opposer à ces altérations. Rationnellement, leur thérapeutique doit être basée sur les résultats d'expériences entreprises chez les animaux; elles auront pour but de déterminer l'action de certaines substances médicamenteuses sur les capillaires. Il sera nécessaire d'observer l'effet des différents remèdes sur l'état du sang; car ce fluide est certainement compromis et joue un rôle plus ou moins important dans le développement des productions morbides. En même temps, dans les cas où l'on ne pourrait recourir à l'extirpation du mal, mais dans lesquels cependant l'artère qui se distribue aux tissus malades et dont les capillaires offrent une disposition anévrysmatique, serait accessible à la ligature, on pourrait pratiquer cette opération avec espoir de succès. On pourrait encore demander des secours à la saignée et même à la transfusion pratiquée avec précaution et dans un ordre méthodique : en effet, ce moyen, essayé de la sorte et par des mains prudentes, loin d'offrir du danger, ne pourrait qu'augmenter la somme de nos connaissances relativement à cette classe fatale d'altérations.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Janvier 1840.

---

incomplets ou peu concluants. Cette voie est difficile, mais aussi elle aurait le mérite de rechercher la nature des altérations pathologiques dans l'état même de leurs éléments constitutifs, et non plus dans l'examen de la lésion grossière qu'on a trop longtemps envisagée seule.

(*Note du traducteur.*)

(1) Béclard et Blandin, *Additions* à l'*Anatomie générale* de Bichat.

(1) Le docteur Wardrop, dans un article (*anévrysme*) fort intéressant publié il y a peu de temps dans la Cyclopædia of practical Surgery de B. Costello, 2e partie, a émis le résultat de recherches analogues sur l'état vasculaire des tuniques de l'anévrysme : il considère les concrétions polypeuses des sacs anévrysmaux comme étant un produit des *vasa vasorum*, etc. Nous ne pouvons donner ici une analyse de ses opinions, parce que ce travail nous mènerait beaucoup trop loin. (*Note du traducteur.*)

Digitized by Google

VARIÉTÉS.

—

Note sur une monstruosité nouvelle, portion de fœtus vivant au dépens du testicule; présentée à l'Académie des sciences, le 10 février 1840, par M. le professeur A. Velpeau.

Le cas dont j'ai l'intention d'entretenir aujourd'hui l'Académie est un des plus étranges dont les sciences d'observation aient eu à s'occuper jusqu'ici; ce cas, qui intéresse tout à la fois la chirurgie, l'anatomie pathologique, la génération et la physiologie en général, paraît en effet n'avoir pas d'analogue dans les faits connus. Il s'agit d'une portion vivante de fœtus fixée dans le testicule d'un homme adulte où elle semble s'être développée et avoir vécu depuis la naissance. C'est une particularité si contraire à ce que l'on sait, si incompréhensible au premier abord, qu'on serait autorisé à en contester la réalité, si je n'en avais pas la preuve matérielle dans les pièces ici présentes, si le malade et la tumeur n'avaient pas été observés par plusieurs centaines de médecins ou d'étudiants, si l'opération n'avait pas été pratiquée en plein amphithéâtre, sous les yeux de 800 personnes. Voici le fait en peu de mots :

Le nommé Gallochat, d'Esternay, jeune homme âgé de 27 ans, bien constitué, n'ayant jamais éprouvé de maladie grave, fut adressé vers le milieu de janvier au professeur Andral, qui le fit aussitôt passer dans ma division, à l'hôpital de la Charité.

Examinant le malade, je vis qu'il portait au côté droit des bourses une tumeur du volume du poing à peu près, et dont je montre le dessin pris d'après nature, avant et après l'opération, par les soins de MM. Daveil, Macé et Bordier, étudiants en médecine; cette tumeur, qui paraissait étrangère à la substance du testicule et dont la peau n'offrait aucune analogie avec celle du scrotum, ne me sembla point appartenir à la classe des tumeurs connues. Bien que plusieurs chirurgiens crussent pouvoir la rapporter, les uns aux tumeurs cancéreuses, d'autres aux tumeurs fibreuses, quelques-uns à la dégénérescence tuberculeuse, je ne jugeai pas qu'il fût possible d'adopter leur avis. Remarquant, en outre, que son origine remontait à la naissance du jeune homme, qu'on ne s'était pas aperçu de son commencement, qu'elle n'avait jamais causé de douleurs, qu'aucun travail pathologique ne s'y était établi, qu'elle était insensible à la pression, qu'il était possible de l'inciser, de la piquer, de la traverser de part en part, sans causer la moindre souffrance; tenant compte de l'aspect du tissu cutané qui en constituait la surface extérieure, de son élasticité, des duretés qui se présentaient à son intérieur, d'une mèche de poils qui sortait par une sorte d'ulcère de sa partie postérieure, d'un tubercule rougeâtre qui existait en avant au fond d'une autre ouverture, et de matières glaireuses, ou grumeleuses, que le malade en avait quelque fois expulsé, je m'arrêtai à l'idée d'un *tumeur fœtale*, d'un *produit de conception*.

Voulant obtenir des renseignements précis sur les premiers temps d'une aussi singulière production, je fis écrire au médecin d'Esternay, à M. Senoble, qui me répondit avec empressement en ces termes : « A l'âge d'environ quarante mois, la mère du jeune Gallochat vint me montrer son enfant; il portait alors une tumeur ou seulement un gonflement des bourses, que je reconnus n'être qu'un pneumatocèle; à quelques mois de là, je remarquai, en examinant une seconde fois le malade, une légère tumeur enflammée qui me parut n'être qu'un *léger* phlegmon et qui céda aux simples topiques émollients; je n'en avais plus entendu parler, lorsque au bout de trois ou quatre ans on m'apprit que la tumeur de cet enfant grossissait toujours. » Bien que ces détails soient fort incomplets et que M. Senoble, qui a depuis si longtemps perdu de vue le jeune Gallochat, soit dans l'impossibilité de m'en fournir de beaucoup plus précis, ils me fortifièrent pourtant dans ma première opinion, qui parut tellement singulière aux personnes auxquelles j'en fis part, que je restai seul de mon avis. Je conçus dès lors le projet d'extirper la tumeur dont il s'agit sans enlever le testicule, de pratiquer en quelque sorte une *opération césarienne sur l'homme*. Les détails de l'opération appartenant en entier à la chirurgie ne m'occuperont point en ce moment; il me suffira de dire qu'elle a été terminée comme je le désirais.

L'examen de la tumeur a permis de constater dans la masse l'existence de presque tous les éléments anatomiques du corps des mammifères. Ainsi, sa couche extérieure est évidemment de nature cutanée; sa substance principale est un mélange de lamelles et de fibres, qui donnent l'idée des tissus celluleux, adipeux, fibreux et musculaire. Dans son intérieur, nous avons trouvé deux petits kystes remplis de matière analogue à l'albumen ou à l'humeur vitrée; un autre kyste, large comme un œuf de perdrix, contenait une matière d'un jaune verdâtre et demi-liquide comme le méconium; dans un quatrième sac dont les figures déposées sur le bureau donnent la représentation exacte, il existe une masse grumeleuse, d'un jaune sale, concrète et entourée de poils; cette matière analysée, examinée au microscope par M. d'Arcet, s'est montrée avec tous les caractères de la matière sébacée, et des écailles épidermiques. Etudiés par M. Mendl, les poils de ce kyste ont paru ne pas avoir de capsules à leur extrémité. De l'un de ces kystes, celui qui était plein de matière verdâtre, sortait la mèche de poils qu'on voyait à l'extérieur,

Digitized by Google

si bien qu'il existe là une ouverture ayant quelqu'analogie avec l'anus.

Enfin, au milieu de tous ces éléments, nous avons trouvé de nombreuses portions de squelette parfaitement organisées, appartenant incontestablement, comme on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur la pièce, à de véritables os et non à des productions accidentelles; ces os, qui étaient partout enveloppés d'une sorte de périoste, dont les pièces diverses, mobiles les unes sur les autres, offrent des articulations réelles, peuvent être divisés en trois catégories. Le premier groupe est essentiellement composé de trois pièces dans lesquelles j'ai cru reconnaître la clavicule, le scapulum et une partie de l'humérus. Le deuxième groupe, beaucoup plus volumineux que le premier, semble appartenir au bassin, ou bien à la base du crâne; c'est le corps du sphénoïde ou bien le sacrum qui en constituerait la partie centrale. La troisième série enfin, paraît comprendre des portions de vertèbres ou des fragments d'os indéterminés.

Quoi qu'il en soit du nom que doivent porter les différentes pièces que je viens d'indiquer, toujours *est-il* qu'elles appartiennent à un produit de fécondation, à un fœtus déjà fort avancé dans son développement. Ayant en ce moment les objets même à mettre sous les yeux de l'Académie, je ne crois pas avoir besoin d'insister sur les preuves qu'il serait possible d'invoquer à l'appui de mes assertions. L'existence du fait est absolument sans réplique. Resterait maintenant à en donner l'explication; or, je n'ai point trouvé que ce genre de monstruosité eût encore occupé les tératologistes. Dans la *monstruosité dite par* inclusion qu'ont établie Dupuytren, *MM. Geoffroy* et Olivier, l'un des fœtus, absorbé par l'*autre*, s'est toujours montré entouré d'un kyste, et à l'état de corps étranger dans les tissus du fœtus qui a continué de vivre. Dans les exemples relatés par Saint-Donat, Prochaska, Dietrisch, Eckl, etc., de débris de fœtus trouvés dans les bourses, il est toujours question de tumeurs enkystées, d'os nécrosés, de parties organiques dénaturées par la suppuration en état de décomposition. Chez le sujet dont je parle tout, au contraire, avait continué de vivre. La tumeur anormale avait sa couleur, sa consistance, sa sensibilité propre, tout à fait indépendantes de l'individu qui la supportait; une ligne nette, bien tranchée, en séparait les téguments de la peau du scrotum. Je l'ai pincée avec toute la force possible; je l'ai piquée au moyen de divers instruments; le jeune homme y avait lui-même enfoncé plusieurs fois un couteau sans faire naître la moindre sensation douloureuse; et cependant toutes les plaies qu'on y établissait saignaient abondamment, s'enflammaient, se cicatrisaient comme celles de toute autre région du corps; rien d'ailleurs n'indiquait chez elle le plus léger état maladif. Les corps et tous les éléments qu'on y a trouvés ont donné l'idée de tissus ou produits normaux, sans qu'on ait pu y constater l'existence de la plus petite gouttelette de pus, d'aucun os carié ou nécrosé, d'aucun cartilage altéré, de la moindre production fongueuse.

Quand, d'un autre côté, on remarque que la tumeur avait le volume du poing, que le chirurgien qui la vit à l'âge de quatre mois y fit à peine attention, qu'on la prit d'abord pour un pneumatocèle, puis plus tard pour un petit phlegmon, qui se termina par résolution, il est difficile de croire que son volume fût aussi considérable à la naissance du sujet, qu'au moment où je l'ai vue. Une masse pareille, chez un enfant de quelques mois, eût certainement attiré à un haut degré l'attention et du médecin et de la famille; il faut se rappeler en outre qu'au dire de M. Senoble, cette tumeur a continué de croître au moins jusqu'à l'âge de six ou sept ans, et que le jeune homme, qui prétend l'avoir toujours portée avec les mêmes caractères, ne peut guère faire remonter ses souvenirs qu'à cette même période de sa vie; il faudrait donc en conclure que les portions du fœtus dont je viens de parler *ont vécu et se sont développées en même temps que l'individu qui les portait, qu'il y avait là deux êtres accolés l'un à l'autre.*

Maintenant comment le fait a-t-il pu s'établir? Est-ce que pendant la vie intra-utérine une partie d'un fœtus, dont le reste aurait disparu, se serait collée au scrotum de manière à y rester sous forme de bourgeon ou de greffe, ou bien serait-ce les restes d'un fœtus d'abord entré dans le ventre de l'autre, puis descendu par la tunique vaginale qui aurait à la fin usé de dedans en dehors les enveloppes du scrotum pour s'épanouir à l'extérieur? ou bien enfin aurions-nous affaire à une création de toute pièce de la part du testicule? Mais je m'arrête, ce sont là des questions délicates de haute physiologie et d'anatomie transcendante que je ne puis ni ne veux aborder avant que les pièces qui me permettront de les soulever, aient été soumises au jugement de l'Académie.

GAZETTE MÉDICALE. — Février 1840.

Fœtus entier retiré du mésentère d'un jeune homme de 14 *ans.*

Après avoir rapporté le fait observé par M. Velpeau, le Bulletin de Thérapeutique se livre aux réflexions suivantes :

Que de problèmes à résoudre, bon Dieu! et qui trouvera la clef de ces mystères de la génération et de ces anomalies incroyables qu'on reléguerait au rang des fables, si tous les sens ne venaient en attester l'incompréhensible réalité? Parmi ces faits ex-

Digitized by Google

traordinaires, le cas qui est de nature à exciter au plus haut degré l'étonnement et l'intérêt, est celui sur lequel Dupuytren fit, en 1812, un rapport fort curieux à la Société de médecine, au nom d'une commission composée de Cuvier, Richard, Baudelocque, Alph. Leroy, Jadelot. Il s'agit d'un fœtus humain trouvé dans le mésentère d'un jeune homme de quatorze ans. Cette histoire mérite d'être analysée avec quelques détails.

Amédée Bissieu, fils d'un propriétaire de Verneuil, département de l'Eure, naquit en 1790. Sa mère, jeune et bien portante, avait un autre enfant bien conformé; dans la nuit où elle conçut le dernier, elle éprouva, par suite d'un mouvement populaire, de vives et subites alarmes. Amédée Bissieu eut toujours une santé languissante; ses membres étaient grêles ; sa figure maigre et blême. Dès sa plus jeune enfance, il se plaignit d'une douleur au côté gauche de la poitrine et du ventre, et il y avait là une grosseur qui fit croire à l'existence du carreau. Plus tard, en l'habillant, on s'aperçut que les deux dernières côtes gauches étaient plus élevées que les autres. Du reste, son intelligence était plus qu'ordinaire, son caractère actif, entreprenant; il aimait à monter à cheval, et, quoique enfant, il mettait dans cet exercice une telle hardiesse, qu'un jour il tomba et se cassa le bras. Amédée Bissieu fut mis dans une pension de Rouen. Il y était depuis dix-huit mois lorsque, le 3 nivôse an XII, il fut pris d'une douleur aiguë au côté et dans l'hypochondre gauche, avec fièvre; celle-ci augmenta, devint continue, et il survint une tuméfaction considérable du bas-ventre; malgré l'emploi des saignées et des purgatifs, la tuméfaction augmenta. Le septième jour M. Blanche, médecin de Rouen, sent une tumeur dure, douloureuse, s'étendant des fausses côtes aux os des îles, et ayant le volume d'un gros melon. Il emploie les émollients; la douleur diminue et la tumeur s'affaisse après un dévoiement de matières puriformes et fétides. Mais le malade, revenu auprès de sa famille, dépérit; il est pris d'une toux opiniâtre avec crachats purulents et dévoiement fétide; il tombe dans le dernier degré de marasme, et meurt le 23 prairial an XII, six mois après les premiers symptômes de la maladie. Six semaines avant sa mort, il avait rendu, dans une garderobe, un paquet de poils roulés sur eux-mêmes. L'autopsie fut faite par MM. Guérin et Bertin Desmardelles, et le sexe du jeune homme fut bien constaté masculin.

Dans l'hypochondre gauche, au-dessous de la rate, se trouvait une poche membraneuse adhérente à toutes parties, et particulièrement au colon; dans cette poche, au milieu d'une matière purulente, épaisse et jaunâtre, étaient deux masses principales, à peu près d'égal volume, situées transversalement au-devant de la colonne vertébrale, appliquées l'une à l'autre, et bien distinctes cependant. De ces deux masses, l'une était entièrement composée d'une forte poignée de cheveux entrelacés et feutrés, et de deux pelotons de poils semblables à ceux rendus par les selles. L'autre tumeur, située plus haut, consistait en une masse allongée, charnue et osseuse, recouverte par de la peau; on voyait à l'une de ses extrémités une tête informe, avec une ébauche de nez, une sorte d'orbite et d'oreille; à l'extrémité opposée, un appendice en forme de membre terminé par quelques languettes armées d'ongles; enfin de la partie moyenne de cette masse, partie qui semblait tenir lieu de la poitrine et du ventre, partait un ligament épais, très-court, qui allait s'insérer aux parois du kyste.

Ces pièces furent apportées à Rouen, où elles firent une sensation profonde parmi les médecins, et restèrent entre les mains de M. Blanche. Sur le bruit de cet événement, le préfet ordonna l'exhumation du cadavre, et commit à la vérification du sexe et des faits avancés les docteurs Delzeuse et Brocard. La masse organisée, qui avait perpendiculairement trois pouces sept lignes, et transversalement deux pouces dix lignes, fut apportée à Paris, à la Société de médecine, et disséquée avec soin, en présence de la commission que nous avons nommée. Nous n'entrerons pas dans les détails minutieux de cet examen; nous dirons seulement que le squelette fut trouvé composé d'une colonne épinière, d'une tête, d'un bassin, de quelques ébauches de membres; et autour d'une sorte de museau, six dents; point d'œsophage, point d'estomac, point de poumons, point de cœur, mais deux gros vaisseaux-artères ou veines; le cerveau était raccorni, les muscles avaient subi la dégénérescence fibreuse.

Dupuytren a vu deux jeunes filles, l'une de douze, l'autre de treize ans, mourir par suite d'affections amenées par la présence dans l'utérus de débris de fœtus, et les symptômes de ces affections dataient des premiers temps de la vie. Les organes génitaux, soit intérieurement, soit extérieurement, n'étaient nullement développés chez elles, et elles présentaient les signes de la virginité. De plus, les dimensions des restes du squelette, le développement des dents, la longueur des cheveux, attestaient dans ces cas que la formation de ces parties était contemporaine de celle des filles elles-mêmes.

Le journal de Genève, année 1775, fait mention d'un kyste présentant toutes les apparences d'une matrice, et renfermant un fœtus bien conformé, trouvé dans la cavité abdominale d'un soldat qui mourut d'hydropisie.

Ces faits extraordinaires, que nous joignons à celui que nous avons observé dans le service de M. Velpeau, méritent une grande attention à cause de leur extrême rareté, mais aucun n'est aussi sail-

Digitized by Google

lant, aussi complet, aussi intéressant que celui d'Amédée Bissieu. « Dans ce cas, dit Dupuytren, des deux germes, d'abord isolés, l'un a pénétré l'autre par l'effet de quelque action mécanique, ou bien par une disposition primitive. L'une de ces explications admise, le sexe de l'individu, qui a si longtemps servi de mère à notre fœtus, devient à peu près indifférent; ce fœtus se comporte comme tous les produits de conception extra-utérine. En effet, à quelque partie que s'attachent des germes fécondés, leur mode de nutrition est le même; ils puisent dans toutes, à l'aide de vaisseaux qui leur sont propres, des liquides nourriciers, ils se développent et s'accroissent jusqu'au terme marqué par la nature pour leur expulsion; et s'ils ne peuvent être expulsés, alors ils se putréfient, se convertissent en gras, se dessèchent, s'ossifient. » Voilà certainement ce qu'on peut dire de plus satisfaisant touchant ces cas d'aberration physiologique.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Février 1840.

Rapport statistique sur le service des aliénés de l'Antiquaille de Lyon; par M. A. BOTTEX, inspecteur des maisons d'aliénés du département du Rhône; membre correspondant de l'Académie de médecine, des sociétés de médecine de Bordeaux, Nantes, Lyon, Dijon, etc.

STATISTIQUE.

Pendant les huit années qui viennent de s'écouler, du 1er janvier 1831 à la fin de décembre 1838, le mouvement total des aliénés, à l'hospice de l'Antiquaille, a été de 1,045 : 542 femmes et 503 hommes.

Voici, approximativement, la proportion des divers genres d'aliénation mentale sur cet ensemble de 1,045 malades; nous disons approximativement, parce qu'il est beaucoup de folies qu'il est fort difficile de classer; la nature se jouant de nos divisions systématiques ou classifications, qui ne sont utiles que pour étayer la faiblesse de notre intelligence.

FEMMES ALIÉNÉES.

Idiotie	21
Imbécillité	37
Manie	130
Monomanie	90
Démence	154
Démence avec paralysie	81
Démence et épilepsie	10
Épilepsie	19
Total	542

HOMMES ALIÉNÉS.

Idiotie	15
Imbécillité	23
Manie	147
Monomanie	105
Démence	115
Démence avec paralysie	64
Démence et épilepsie	7
Épilepsie	22
Penchants dangereux	5
Total	503

Il est important de remarquer que le nombre des manies ou folies aigues a été proportionnellement plus considérable chez les hommes que chez les femmes : ce qui nous servira à expliquer la proportion plus grande des guérisons chez les hommes.

Quant à la nature des diverses causes physiques ou morales de la folie, voici le résultat de nos recherches, en tenant compte toutefois de l'insuffisance ou du manque absolu de renseignements sur plusieurs malades :

FEMMES ALIÉNÉES. — 542.

Si l'on retranche du nombre total des femmes aliénées 21 idiotes, 37 imbéciles, 19 épileptiques, il restera 465 malades atteintes de manie, de monomanie ou de démence, dont les causes se trouveront ici réparties :

Causes physiques.

Hérédité	56
Liqueurs alcooliques et débauche	43
Suites de couches	45
Troubles de la menstruation	28
Syphilis ou mercure	5
Dartres ou humeurs répercutées	23
Onanisme	17
Coups sur la tête	3
Insolation	6
Total	223

Causes morales.

Chagrins domestiques	63
Misère	47
Revers de fortune	31
Jalousie et amour contrarié	33

Digitized by Google

Frayeur	8
Événements politiques	11
Exaltation religieuse	29
Total.	224
Causes physiques (d'autre part)	223
Total.	447
Causes inconnues	18
Total général.	465

HOMMES ALIÉNÉS. — 503.

Si l'on retranche 15 idiots, 23 imbéciles, 21 épileptiques, 5 individus ayant des penchants dangereux, ce qui fait 64, il restera 439 malades atteints de manie, de monomanie et de démence, dont voici les causes tant physiques que morales :

Causes physiques.

Hérédité.	62
Abus de liqueurs spiritueuses	54
Suite d'apoplexie	25
Onanisme	21
Syphilis ou mercure	5
Coups sur la tête	6
Insolation	9
Dartres ou humeurs répercutées	14
	196

Causes morales.

Chagrins domestiques	65
Misère	56
Revers de fortune.	36
Événements politiques	16
Jalousie	14
Exaltation religieuse	12
Frayeur	6
Excès d'étude	8
	213
Total.	409
Causes inconnues	30
Total général	439

Ce tableau statistique du service des aliénés de l'hospice de l'Antiquaille, pendant une période de huit années, donne une idée approximative de la proportion des divers genres de folies et de leurs causes sur un ensemble de 1,045 malades de l'un et de l'autre sexe.

Sur 542 femmes, 114 sont sorties parfaitement guéries, 91 ont été retirées par leurs familles, dans un état de guérison incomplète, ou bien ont éprouvé des rechutes ; 162 sont mortes ; il en restait à l'hospice 175 au 1er janvier 1839.

Sur 503 hommes, 149 ont été guéris ; 61 ont été emmenés par leurs parents, quoique encore aliénés, ou ont rechuté ; 158 sont morts, et, au 1er janvier 1839, l'hospice en renfermait encore 135.

Ainsi la proportion des guérisons a été de 1 sur 5 environ pour les femmes et d'un peu plus de 1 sur 5 pour les hommes.

Dans le service des hommes comme dans celui des femmes, les causes morales paraissent l'avoir emporté sur les causes physiques, ce qui est en harmonie avec les observations de MM. Esquirol et Parchappe.

Les folies par suite de couches sont celles qui ont présenté les guérisons les plus nombreuses, et cependant la proportion des cures a été en faveur des hommes : nous croyons devoir attribuer ce résultat à ce que les folies aiguës ou manies sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Il est important de remarquer que les résultats que nous venons de signaler ont été obtenus sur un ensemble de malades, composé en très-grande partie d'épileptiques, d'idiots, d'imbéciles et d'individus atteints de démence compliquée de paralysie générale, affections toutes incurables.

La proportion des incurables est très-grande à l'Antiquaille, parce que cet hospice, vu le manque d'espace, ne peut admettre tous les malades qui sont présentés ; il en résulte que les folies aiguës, celles précisément qui présentent le plus de chances de guérison, sont très-souvent conduites provisoirement dans d'autres maisons de santé, et celles-là seulement qui deviennent incurables arrivent plus tard à l'Antiquaille.

Pendant ces huit années, le nombre des aliénés a été sans cesse croissant : ainsi, au mois de janvier 1831, il n'y avait à l'hospice que 94 hommes et 135 femmes, tandis qu'à la fin de décembre 1838, la population totale était de 135 hommes et 175 femmes.

Il en sera ainsi dans tous les hôpitaux d'aliénés des départements, jusqu'à ce que l'équilibre soit établi entre le nombre total des fous et l'étendue des hospices.

Ainsi le nombre des aliénés, dans les hôpitaux de Paris a été en augmentant depuis 1790 jusqu'en 1825 ; il est stationnaire depuis cette époque, ce qui prouve que depuis lors les hospices d'aliénés de la capitale suffisent aux besoins des populations.

—

Digitized by Google

Si la thérapeutique de l'aliénation mentale est moins avancée que celle des autres maladies qui affligent l'espèce humaine, il faut en accuser l'état d'imperfection où sont encore l'anatomie et la physiologie du cerveau, malgré les travaux de Gall et des physiologistes modernes.

Quelque réels qu'aient été les progrès de la science dans ces derniers temps, il faut convenir qu'on n'est pas encore parvenu à localiser d'une manière satisfaisante les diverses fonctions départies à l'encéphale. Il en résulte qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'analyser avec toute la précision désirable les symptômes si nombreux et si variés qui sont produits par les altérations organiques ou les simples lésions vitales des diverses parties de cet important viscère.

C'est à l'encéphale, organe matériel de la pensée, qu'aboutissent les sensations externes et internes; c'est de lui qu'émane le principe de tous les mouvements volontaires; il exerce, en outre, un empire immense sur la vie organique elle-même et principalement sur la nutrition.

Le nombre et la gravité de ses maladies étant nécessairement en proportion de la multiplicité et de l'importance de ses fonctions, mieux ces dernières nous seront connues, mieux aussi nous connaîtrons la nature des altérations organiques qui les produisent, plus la thérapeutique qui leur est applicable deviendra rationnelle.

« La science aura fait un pas immense, disait Georget, le jour où on pourra apprécier la relation qui existe entre les troubles intellectuels et l'altération cérébrale. »

Ce pas immense, si ingénieusement indiqué par *Georget*, les travaux successifs de MM. Calmeil, Falret, Ferrus, Foville, Delaye, Pinel fils, ne l'ont fait faire à la science qu'en partie. Néanmoins, en suivant les conseils de cet excellent observateur, trop tôt enlevé à la science; en s'efforçant, à l'aide de recherches anatomiques minutieuses, de remonter à la cause prochaine de la folie, ils sont déjà arrivés à d'importants résultats.

Les idées que nous avions émises, il y a cinq ans, sur le siége et la nature de la folie, d'après les recherches d'anatomie pathologique auxquelles nous avions eu l'occasion de nous livrer dans cet hospice, viennent d'être confirmées et développées de la manière la plus remarquable, dans un mémoire important sur le même sujet, récemment publié par M. le docteur Parchappe, médecin en chef de l'hôpital des aliénés de Rouen (1).

Nous n'entrerons pas à cet égard dans des détails qui nous entraîneraient beaucoup trop loin; nous présenterons seulement un résumé très-succinct de l'état actuel de nos connaissances sur le sujet qui nous occupe, afin de mieux étayer les opinions que nous allons émettre sur le traitement de la folie.

L'aliénation mentale est, comme toutes les autres maladies, le résultat d'une lésion de l'organisme. L'organe lésé est le cerveau; il peut ne l'être que sympathiquement dans le principe; mais il devient le siége essentiel de la maladie, toutes les fois qu'elle se prolonge.

Le mode de lésion varie suivant le genre de folie; car, sous ce terme générique, on a rapproché des maladies qui n'ont de rapport entre elles que le trouble des facultés intellectuelles et qui sont fodamentalement différentes.

Ainsi, l'idiotie et l'imbécillité résultant d'une imperfection du cerveau, congéniale ou acquise, qui s'oppose à l'exercice des facultés intellectuelles d'une manière plus ou moins complète, ne sont pas, à proprement parler, des maladies, et n'exigent aucun traitement.

La manie qui est caractérisée par un délire général avec excès d'action, est le produit d'une irritation de la surface extérieure du cerveau et de ses membranes, dans une étendue plus ou moins considérable, irritation qui peut se résoudre, ce qui rend la manie curable.

Si cette irritation ou inflammation ne se termine pas en se résolvant, elle détermine à la longue des altérations organiques qui constituent la démence, laquelle, par conséquent, est peu ou pas susceptible de guérison.

La démence est donc la manie devenue incurable.

La manie et la démence peuvent se compliquer de la paralysie d'un plus ou moins grand nombre de muscles de la vie animale; cette affection, désignée depuis M. Calmeil sous le nom de paralysie générale des aliénés (qui est toujours mortelle), est causée par le ramollissement de la couche corticale ou extérieure du cerveau.

Les monomanies avec excès d'action sont produites par une irritation très-circonscrite d'une portion du cerveau et de ses membranes.

Enfin, dans les monomanies tristes ou lypémanies, mélancolie de Pinel, il n'y a probablement ni irritation ni inflammation du cerveau, mais habitude contractée par le malade d'enchaîner des idées incohérentes.

Nous croyons qu'une lésion chronique d'une por-

---

(1) Un des élèves de M. Bottex, le docteur Arthaud (de Lyon) a publié en 1835 un travail intéressant sur l'anatomie pathologique de l'aliénation mentale. (Du siége et de la nature des maladies mentales; Thèses de la Faculté de Paris, n. 303, 1835.) (*Note du Réd.*)

Digitized by Google

tion du trisplanchnique peut, par sa réaction sympathique sur le cerveau, jouer un rôle important dans ce genre d'aliénation mentale, dont la cause est encore fort obscure.

Il est évident que des données plus positives sur le siége et la nature de la folie exerceront une grande influence sur la thérapeutique des maladies mentales, laquelle doit, dès aujourd'hui, devenir moins empirique et plus rationnelle, puisqu'on peut la baser sur l'état organique du cerveau.

On devra toujours remonter, par la pensée, à l'organe lésé et employer avec confiance les moyens les plus propres à combattre cette lésion qui est la cause essentielle de la maladie. Attaquer les symptômes secondaires ou sympathiques, serait aussi peu rationnel, comme l'a dit Georget, *que si, pour apaiser un vaste incendie, on s'amusait d'abord à éteindre les parcelles du feu lancées au loin par le vent, au lieu de porter tous ses moyens au foyer lui-même.*

Nous ne ferons pas ici l'historique du traitement de la folie chez les anciens, ni l'énumération des moyens empiriques et plus ou moins bizarres auxquels ils avaient recours; disons seulement que la saignée, les purgatifs, les bains de surprise, formaient toute la thérapeutique des aliénés, à une époque encore fort rapprochée de nous.

L'illustre Pinel, en popularisant les idées que lui suggérait sa philantropie éclairée, en faisant tomber les chaînes dont, jusqu'à lui, ces malheureux étaient accablés, en les considérant non plus comme des coupables qu'il fallait punir, mais bien comme des malades qu'on devait guérir, a bien mérité de l'humanité entière, puisque partout ces infortunés étaient traités avec la même barbarie.

Il a rendu en outre un grand service à la science, en rejetant les moyens empiriques employés jusqu'à lui, et en accordant beaucoup aux forces médicatrices de la nature; ne pas troubler ses efforts était déjà un grand progrès, peut-être était-ce même tout ce qu'on pouvait faire de mieux à cette époque.

S'il ne guérissait pas autant d'aliénés qu'on peut le faire aujourd'hui, par un traitement plus actif et basé sur la nature mieux connue de la folie, du moins il se conformait au premier precepte de l'art: *primò non nocere.*

Les moyens auxquels on peut avoir recours pour traiter la folie sont de deux genres.

Les uns portent leur action sur diverses parties du corps, dans l'intention de modifier indirectement l'état du cerveau; c'est le traitement médical; les autres agissent sur cet organe en modifiant son action comme agent matériel des facultés affectives et intellectuelles; c'est le traitement moral.

Le premier est presque entièrement applicable à la manie, pendant sa période d'acuité, et le second aux diverses espèces de monomanie.

Parmi les moyens qui nous ont paru agir avec le plus d'efficacité, nous ferons mention seulement des saignées, des bains, des douches, des purgatifs et des exutoires.

La saignée, après avoir été longtemps considérée comme un des plus puissants moyens de guérison de l'aliénation mentale, a été ensuite repoussée comme un des plus pernicieux. Elle a été, pour ainsi dire, proscrite par Pinel; M. Esquirol pense qu'on ne doit y avoir recours que dans un très-petit nombre de cas, et seulement lorsqu'il y a des signes très-évidents de pléthore. D'un autre côté, Haslam, en Angleterre; J. Franck, en Autriche, et Rhus, aux États-Unis, ont singulièrement préconisé les évacuations sanguines, au début de la folie; le dernier surtout, qui soutient que les saignées doivent être plus abondantes dans la folie que dans toute autre maladie, et qu'elles doivent être portées jusqu'à défaillance.

Nous pensons, avec MM. Foville, Ferrus, et la plupart des médecins d'aliénés de notre époque, qu'il est tout à fait rationnel d'employer les saignées générales et locales dans la mane, puisque nous avons admis qu'elle était produite par une irritation ou une inflammation, et que la saignée est sans contredit le plus puissant des antiphlogistiques. Non-seulement les évacuations sanguines contribuent à la guérison des manies aigues, mais elles sont surtout très-propres à prévenir ces altérations organiques qui, à la longue, amènent les démences incurables.

Ainsi, au début de la manie, nous avons souvent employé les saignées générales, plus ou moins répétées; puis, nous avons fait appliquer les sangsues à l'anus, et ensuite derrière les oreilles, un plus ou moins grand nombre de fois, suivant la persistance de la manie et la constitution des malades.

Nous pourrons rapporter ici un grand nombre d'observations de maniaques qui ont été dans un état de délire et de fureur extrême pendant plusieurs mois, lesquels sont parfaitement guéris, n'ont point éprouvé de rechutes, et chez lesquels nous avons eu recours aux saignées générales et locales fréquemment répétées.

Mais le moyen par excellence, celui dont on ne peut abuser dans le traitement de la manie, c'est l'usage des bains, non pas les bains de surprise, froids, mais les bains tièdes dans lesquels on laisse longtemps les malades. Pendant la période aigue, on se truovera très-bien de l'action de l'eau froide sur la tête, lorsque le malade est au bain: on emploie pour cela un bonnet de laine ou bien une éponge. On peut encore, pour remplir la même indication, avoir recours aux affusions froides recom-

Digitized by Google

mandées par le docteur Curie, et surtout par M. Foville, ou enfin à la douche légère en arrosoir.

Quant à la douche ordinaire, elle ne doit être employée qu'avec beaucoup de prudence; elle peut être utilisée surtout comme moyen de correction et d'intimidation. Nous y reviendrons en parlant du traitement moral de la folie.

Par les bains tièdes et l'eau froide sur la tête, on obtient un effet doublement sédatif.

Dans les manies très-aiguës, dans celles qui tiennent de la frénésie, nous avons quelquefois employé avec succès, après les évacuations sanguines, la glace sur la tête.

Les purgatifs, tant préconisés par les auteurs anciens, sont peut-être oubliés de nos jours; ils peuvent être employés avec beaucoup d'avantage sur les individus d'un tempérament lymphatique, lorsque l'estomac et les intestins ne sont pas irrités.

L'émétique en lavage produit de très-bons effets sur les sujets bilieux atteints de lypémanie.

Mais il est ordinairement fort difficile de décider les aliénés à prendre des médicaments, et surtout des purgatifs ou des émétiques. On est obligé d'employer ceux qui, sous un petit volume, sont doués d'une action très-énergique; ainsi, on peut administrer dans des confitures ou dans toute autre substance alimentaire, le calomélas, à la dose de 1 à 3 décigrammes (2 à 6 grains); mais le purgatif par excellence, dans ces cas, est l'huile de croton-tiglium qui, à la dose d'une à deux gouttes, dans du sirop ou du miel, étendu ensuite dans une plus ou moins grande quantité d'un liquide quelconque, purge parfaitement bien, sans causer aucun accident. Il est bien préférable à l'ellébore, tant vanté par les anciens, drastique infidèle, qu'on a eu grandement raison d'abandonner entièrement.

Lorsque la maladie ne cédait pas aux saignées, générales et locales, aux bains et aux boissons délayantes ou émulsionnées, aidées d'un régime doux, nous avions recours, après un laps de temps plus ou moins considérable, aux exutoires, et surtout au cautère potentiel à la cuisse, chez les femmes non menstruées et dans presque tous les autres cas, à la nuque.

Nous préférions en général le cautère au séton, parce qu'après l'application de la potasse caustique, il survient un travail particulier destiné à séparer la partie morte des tissus vivants, travail que nous croyons être un puissant moyen de révulsion; d'ailleurs le séton a en outre l'inconvénient d'occasionner des douleurs violentes, et d'être continuellement arraché par les malades.

Nous avons employé quelquefois avec succès les frictions autour du cuir chevelu avec la pommade d'Autenrieth. Un jeune homme de 17 ans était depuis six mois atteint d'une manie aiguë; les saignées, les boissons délayantes, le cautère ayant été employés, sans aucun amendement dans la marche de la maladie; les frictions avec l'axonge et le tartre stibié autour du cuir chevelu rasé, déterminèrent l'apparition de boutons qui amenèrent la guérison.

Le vésicatoire sur le cuir chevelu a quelquefois produit des effets avantageux.

Avant de passer au traitement moral, nous ne pouvons nous dispenser de dire un mot de l'opium, de la digitale et du quinquina, médicaments qui ont été singulièrement prônés par quelques auteurs.

Il est facile de concevoir que l'action de l'opium et des narcotiques en général doit presque toujours être nuisible dans la folie, puisque ces médicaments favorisent les congestions cérébrales qu'il faut s'efforcer de prévenir. Cependant nous avons employé quelquefois, comme sédatif, le sirop ou l'acétate de morphine sur des malades d'un tempérament nerveux et très-irritables, et l'eau de laurier-cerise.

La digitale, par la propriété qu'elle possède de diminuer les battements du cœur, convient dans quelques manies hystériques compliquées de palpitations violentes.

Nous avons eu souvent l'occasion de constater l'inefficacité du quinquina dans les manies intermittentes, même dans celles dont les accès étaient très-rapprochés.

Dans la convalescence de la manie, on continue d'employer le traitement physique ou médical dont nous venons de parler; mais on doit y joindre les moyens moraux; on a alors recours aux conseils, aux exhortations, au travail manuel et surtout aux voyages.

Le traitement moral, dont il nous reste à parler, convient seul dans les diverses monomanies et dans les folies où des idées fausses, où des hallucinations constituent seules la maladie.

Le premier essai d'un traitement moral de la folie ne remonte pas au delà de la fin du siècle dernier; jusque-là on se contentait, comme nous l'avons déjà indiqué, de saigner, de purger les aliénés, et de les précipiter dans l'eau froide; après quoi ils étaient considérés comme incurables, et, comme tels, relégués dans des cachots, où non-seulement ils ne recevaient aucun des soins qu'exige leur position, mais où on leur prodiguait au contraire les traitements les plus barbares.

C'est, nous le répétons, à un médecin français, à l'illustre Pinel, que les aliénés doivent les améliorations qui ont été successivement apportées à leur malheureuse situation, non-seulement en France, mais encore chez toutes les nations civilisées.

Ainsi, ce ne sont pas les Anglais qui, les premiers, ont traité avec humanité les malheureux privés de l'usage de la raison; c'est en 1792 que l'usage des chaînes a été aboli à Bicêtre, tandis que ce n'est

Digitized by Google

qu'en 1814, lorsque les Anglais se furent convaincus que les fous pouvaient être contenus sans ces moyens cruels, qu'ils furent enfin abandonnés à l'hôpital de Bedlam, à Londres.

On trouve dans les œuvres de Pinel, de Cox, de Haslam, de Georget et de M. Esquirol, d'excellents préceptes sur le traitement moral des aliénés. M. Leuret vient de publier des faits qui prouvent que le traitement moral, dirigé avec sagacité et avec une volonté ferme, peut ramener à la raison des malades réputés incurables.

Tous les médecins que nous venons de citer pensent que l'isolement est une condition indispensable pour le traitement des aliénés; en les éloignant de leurs parents et de leurs amis, en les arrachant à toutes leurs habitudes, on opère sur leur esprit un changement utile, parce qu'ils sont forcés de se soumettre à des étrangers sur lesquels ils n'ont aucun empire; leur volonté se trouve ainsi brisée, ce qui est de la plus haute importance.

Il faut donc conduire les aliénés, dès le début de la maladie, dans un établissement consacré à ce genre d'affections, où ils soient traités avec humanité, mais où un appareil de force puisse être déployé à propos, afin de les intimider et de réprimer la violence de leurs emportements.

Il est évident que tout raisonnement serait inutilement adressé à un maniaque furieux ; mais il est arrivé, quelquefois, que des réflexions faites à propos à des monomaniaques ont changé la série de leurs idées. Il faut donc les encourager et les punir suivant la nature des symptômes.

Les seuls moyens de répression, aujourd'hui employés, sont : le gilet de force, le cachot et surtout la douche d'eau froide sur la tête, ou seulement la crainte de la douche.

Ce dernier moyen nous a quelquefois parfaitement réussi ; en voici un exemple : le nommé D......, de Cublize, avait été amené à l'Hospice, à l'âge de vingt ans ; renvoyé guéri, il y était rentré en 1836, ayant éprouvé une rechute quinze ans après le premier accès. Sa folie consistait à crier sans cesse et à tue-tête, répétant toujours la même chose. Lorsqu'on lui enjoignait de se taire, il répondait que c'était plus fort que lui, qu'il ne pouvait se retenir ; il criait de plus belle, et ne s'arrêtait que lorsque ses vociférations l'avaient entièrement épuisé. Impatienté, je lui intimai un jour l'ordre de se taire, en ajoutant que s'il continuait, je le ferais doucher ; il continua. Soumis à l'instant même à l'action de la douche, il se tut ; la crainte d'être douché de nouveau l'empêcha de crier, et dès lors il fut guéri. Il sortit de l'Hospice un mois après, parfaitement tranquille, et nous savons que sa guérison ne s'est pas démentie.

Pour guérir les fous, et pour prévenir les rechutes, il faut les occuper continuellement, surtout à des travaux manuels ; ainsi l'expérience faite à Bicêtre par M. le docteur Ferrus a prouvé qu'une ferme était devenue un auxiliaire indispensable de tout hôpital d'hommes aliénés.

Les voyages sont aussi utiles pour les malades riches que les travaux manuels pour la classe inférieure ; ils accélèrent la convalescence et préviennent les rechutes. Ainsi nous avons souvent conseillé avec un plein succès un voyage en Suisse, fait partie à pied, partie en voiture, et à petites journées. « J'ai souvent observé, dit M. Esquirol, que les aliénés sont soulagés après un long voyage, surtout s'ils ont visité des pays éloignés dont l'aspect et le site aient saisi leur imagination, s'ils ont éprouvé les difficultés, les tracasseries, les contre-temps et les fatigues ordinaires aux voyageurs.

» Les voyages agissent encore en excitant toutes les fonctions assimilatrices ; ils provoquent l'appétit, le sommeil et les sécrétions.

» Les convalescents qui craignent de rentrer dans le monde, où ils redoutent d'avoir à parler de leur maladie, sont moins inquiets après un voyage, qui est le sujet de leur conversation avec leurs amis et leurs parents. »

J'ai cru devoir rapporter ce passage de M. Esquirol, parce qu'il résume on ne peut mieux les heureux effets que produisent les voyages sur les aliénés.

Pour que le traitement moral de la folie soit possible, il faut que l'hospice soit lui-même, suivant l'heureuse expression de M. Esquirol, un instrument de guérison ; or, il faut l'avouer, quoique l'intérêt qu'inspirent les aliénés semble s'accroître de jour en jour, les asiles dans lesquels ces malheureux sont reçus laissent encore beaucoup à désirer.

GAZETTE MÉDICALE.—Janvier 1840.

Des pertes séminales involontaires ; par M. LALLEMAND, professeur à la faculté de médecine de Montpellier. Tome second. Première partie. Paris 1839, in-8°.

Nous avons déjà rendu compte dans ce journal des deux premières parties de l'ouvrage dont M. Lallemand poursuit la publication, et nous nous sommes expliqués sur le mérite d'une œuvre à laquelle l'expérience et la vaste pratique du professeur de Montpellier peuvent seules peut-être suffire. Nous nous bornerons donc ici, sans revenir sur aucune considération générale, à donner un aperçu des matières contenues dans le nouveau volume qui vient de paraître.

M. Lallemand continue l'énumération des causes capables de déterminer l'émission involontaire du

Digitized by Google

sperme : il indique à ce titre l'emploi inconsidéré ou trop longtemps prolongé des astringents, des purgatifs, des narcotiques, de cantharides, le *camphre* à doses exagérées, le nitrate de potasse, le seigle ergoté, le café : ses assertions sont appuyées d'observations parmi lesquelles quelques-unes ont un grand intérêt et pourraient être mises à profit par les auteurs qui s'occupent de la matière médicale et de l'action des médicaments ; nous pensons faire plaisir à nos lecteurs en reproduisant les considérations suivantes :

« L'action exercée par la fumée de tabac, sur ceux qui en essaient pour la première fois, est trop connue pour avoir besoin d'être décrite ; la perturbation qui en résulte ordinairement dans toutes les fonctions, varie suivant les constitutions, mais elle présente plus ou moins les caractères d'un empoisonnement par les narcotiques. Ces effets diminuent avec l'habitude, finissent presque toujours par disparaître entièrement; mais cet empire de l'assuétude a ses limites variables, au delà desquelles l'effet narcotique recommence à se faire sentir. Chez ceux qui sont peu impressionnables, ce besoin artificiel peut être plus souvent satisfait impunément ; mais s'il devient une véritable passion, si l'action de cette vapeur de tabac est renouvelée d'une manière presque continue, on conçoit que ses effets accumulés pendant toute une journée doivent finir par agir énergiquement. Ainsi, les fumeurs les plus consommés finissent-ils par éprouver souvent des vertiges, de la céphalalgie, de l'anorexie, et surtout lorsqu'ils sont restés enfermés dans l'atmosphère épaisse qu'ils développent autour d'eux ; car l'influence de la *respiration* est peut être plus grande que celle de la *déglutition*.

» *En résumé*, si l'habitude émousse les effets momentanés de la vapeur du tabac sur l'économie, l'accumulation de ses effets, leur reproduction journalière, doivent amener dans divers organes des changements plus durables. La perturbation des fonctions digestives a été remarquée depuis longtemps chez les fumeurs passionnés ; mais celle des fonctions génitales n'a encore fixé l'attention de personne. Je suis cependant convaincu qu'elle doit être plus fréquente qu'on ne pense, si j'en juge par la torpeur dans laquelle tombent les organes de la génération dès que l'action narcotique commence à se faire sentir, par l'impuissance complète où se trouvent ceux qui sont un peu malades, enfin par l'indifférence habituelle des fumeurs pour la société des femmes.

» Des recherches consciencieuses faites par les médecins de certains pays, les conduiraient probablement à constater l'influence de ces nuages de tabac sur la production des pertes séminales involontaires, sur les habitudes rêveuses et mélancoliques de leurs concitoyens, sur le caractère particulier de leurs relations avec les femmes. C'est un sujet plus digne d'attention qu'on ne pense. »

Le passage que nous venons de transcrire nous a paru avoir autant *d'actualité* et plus d'intérêt *médical et hygiénique* que n'en eut la fameuse leçon, tant soit peu *politique*, d'Alibert sur l'influence de la barbe et des moustaches dans la production du sycosis.

Après avoir examiné les causes des pertes séminales venant du dehors, M. Lallemand parle de celles qu'on peut attribuer à l'influence d'autres organes ou à une prédisposition congéniale. Parmi les premières, il ne signale que *l'irritation du cervelet ;* parmi les secondes, il énumère le phimosis congénial, la longueur démesurée du prépuce accompagnée d'un état rudimentaire des organes génitaux, l'état anémique, l'hypospadias, certaines dispositions primitives des canaux éjaculateurs, enfin l'hérédité.

Terminant ainsi l'étude étiologique des pertes séminales involontaires, M. Lallemand passe..... à Jean-Jacques Rousseau.

« Les dernières observations que je viens de rapporter, dit M. Lallemand, ont fait revivre dans ma mémoire beaucoup de traits singuliers, bizarres, dont j'avais été frappé dans ma jeunesse en dévorant les ouvrages du citoyen de Genève ; elles m'ont aussi rappelé les discussions acharnées, interminables, soutenues par ses partisans et ses détracteurs, touchant son caractère, ses actions et ses opinions. J'ai voulu relire, dans un but tout nouveau, ces écrits entraînants, et j'ai bientôt acquis la certitude que je ne m'étais pas trompé sur la véritable cause des promenades solitaires de Rousseau, de sa vie ambulante, de sa misanthropie sauvage, et de ses étranges paradoxes contre la civilisation. Il m'a suffi pour cela d'ouvrir ses confessions. »

On devine que l'auteur immortel du *Contrat Social* et de la *Nouvelle Héloïse* avait des pertes séminales involontaires. Pourquoi Voltaire et M^me de Warens ne l'ont-ils pas su !

Comme ses aînés, le livre de M. Lallemand est une mine fort riche où un esprit éclectique peut trouver une foule de documents pratiques des plus importants. F..... Y.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Février 1840.

—

Digitized by Google

Traité pratique du microscope, etc.; par le docteur L. Mandl. — Paris, 1839, in-8°., fig. *Des microscopes et de leur usage*; par Ch. Chevalier. — Paris, 1839, in-8°., fig. Société Encyclographique.

Malgré les admirables découvertes de Leeuwenhoek, Swammerdam, Lyonnet, Malpighi, Fontana, Della Torre, Trembley, Prochaska, Spallanzani et de tant d'autres auteurs, dont il nous serait facile de citer les noms et de rappeler les travaux, le microscope était tombé dans un tel discrédit, au commencement de ce siècle, que loin d'en faire usage on en redoutait l'emploi, comme ne pouvant que conduire à l'erreur, par les illusions auxquelles il devait donner lieu. On en arriva à ce point, de révoquer en doute les faits physiologiques révélés par les plus habiles micrographes, et il n'a faullu rien moins, pour les *réhabiliter*, que les efforts soutenus de quelques observateurs modernes, parmi lesquels nous nous faisons un devoir de nommer MM. Prévost et Dumas, dont les belles recherches sur le sang ont puissamment concouru, il y environ vingt ans, à doter de nouveau la science d'un aussi précieux moyen d'investigation. Personne aujourd'hui ne serait sans doute tenté de s'élever contre les observations microscopiques : les travaux de MM. Turpin, Dutrochet, Raspail, Purkinje, Dujardin, Ehrenberg, Müller, Payen, Donné, etc., parlent trop haut pour ne pas imposer silence à l'ignorante et dédaigneuse, paresse, qui trouve plus commode de nier l'utilité de certaines connaissances que de prendre la peine de les acquérir.

Mais les perfectionnements introduits, depuis quelques années, dans la construction des instruments d'optique, les progrès des sciences physiques et naturelles faisaient sentir le besoin d'un ouvrage élémentaire sur l'emploi du microscope. Ceux que nous ont laissés nos devanciers, outre qu'ils sont devenus fort rares, ne présentent aux commençants une partie des renseignements utiles dont ils ont besoin, que noyés dans une infinité de détails oiseux, surannés, ou même reconnus depuis longtemps incomplets et souvent inexacts.

La tâche que s'imposait, en prenant la plume un auteur d'un traité pratique du microscope, était assez délicate : fallait-il qu'il montrât tout ce que l'instrument, bien conduit, permet d'apercevoir ou devait-il se borner à diriger les premiers pas de ceux qui n'ont jamais mis la main sur un instrument, et qui réclament des instructions, fastidieuses pour tout autre, mais indispensables pour eux ? On voit, de suite, que la réponse est différente suivant la classe de lecteurs à laquelle on s'adresse.

MM. Mandl et Ch. Chevalier ont voulu, dans les traités qu'ils viennent de publier, guider, dans la pratique des observations microscopiques, les personnes restées jusqu'ici étrangères, nous ne dirons pas seulement à l'emploi des instruments, mais même aux premières notions de l'optique. Aussi, les trouve-t-on exposées dans ces ouvrages, mais plus particulièrement dans celui de M. Chevalier, qui leur a consacré un chapitre à part, les regardant avec raison comme la clé d'un traité élémentaire du microscope.

D'ailleurs, l'une et l'autre de ces monographies passent successivement en revue les microscopes simples et composés, leurs accessoires; les meilleurs procédés d'éclairage pour les objets transparents ou opaques; les méthodes micrométriques, à l'aide desquelles on peut déterminer exactement les dimensions des plus petits corpuscules; les diverses applications de la *chambre claire*, qui permet de copier aisément les images amplifiées par l'instrument, celles des appareils de polarisation, qui ouvrent une nouvelle voie à l'observation.

M. Mandl examine avec un soin particulier les causes d'erreur qui naissent de l'impureté des verres, de la disfraction, de l'irisation, du dessèchement, du mouvement moléculaire, des bulles d'air, etc.

Cet auteur cite à l'appui des préceptes des exemples qui sont choisis dans les divers tissus, tant végétaux qu'animaux : les fécules, le sang, le lait, l'urine, les infusoires vivants ou fossiles, les zoospermes, la circulation chez les vertébrés ou les invertébrés, celle des plantes, les mouvements vibratiles des membranes muqueuses, etc., fournissent matière aux indications les plus précises sur la manière d'observer, de préparer, de disséquer, de conserver les objets. De cette manière, le Traité de M. Mandl présente un abrégé des principales recherches micrographiques faites sur les tissus et les fluides animaux et végétaux, en même temps qu'il indique les résultats des recherches qui lui sont propres, recherches que cet auteur expose plus en détail dans son ouvrage sur *l'Anatomie microscopique*.

M. Mandl a joint à son Traité un extrait du grand ouvrage de M. Ehrenberg sur les infusoires : cet extrait est divisé en deux sections : la première traite de la classification des 723 espèces aujourd'hui reconnues. L'article consacré à chacune d'elles comprend la description, les dimensions, les lieux d'habitation, la synonymie et l'indication précise des ouvrages où il en est fait mention. Dans la seconde section se trouvent rassemblés les faits anatomiques et physiologiques les plus importants à connaître sur cette classe d'êtres intéressants.

De son côté, M. Ch. Chevalier a inséré dans son ouvrage une lettre de M. de Brécisson sur les préparations nécessaires à l'étude des algues inférieures,

Digitized by Google

suivie d'un catalogue des espèces connues, des desmidiées et des diatomées ou bacillariées.

Des planches, destinées à faciliter l'intelligence du texte, sont annexées aux deux traités; gravées avec une sorte de recherche dans celui de M. Chevalier, elles sont seulement lithographiées chez M. Mandl; peut-être eût-on désiré qu'ici l'artiste chargé de les exécuter eût rempli cette tâche avec plus de soin; mais si l'on réfléchit que les quatorze planches ne renferment pas moins de 300 figures, dont près de 200 représentent les principaux genres d'infusoires, on comprendra aisément qu'il était difficile de mieux faire, en portant le prix du livre à un taux si médiocre que celui auquel il est fixé.

En résumé, ces deux ouvrages nous semblent appropriés à la classe de lecteurs pour laquelle chacun a été écrit, et, quel que soit celui que l'on choisisse, on y trouvera un guide commode pour faire les premiers pas dans la voie difficile des observations microscopiques.

Archives de médecine.—Février 1840.

Traité des maladies de plomb ou saturnines, suivi de l'indication des moyens qu'on doit mettre en usage pour se préserver de l'influence délétère des préparations de plomb, et de figures explicatives; par M. Tanquerel-des-Planches. 2 vol. in-8°. Paris, 1839. — (Rapport sur cet ouvrage, lu à la Société de Médecine de Paris, par M. Prus, l'un de ses membres.)

Il semblerait naturel qu'à une époque où tant de *médecins* aspirent à l'honneur d'inscrire leurs noms dans les fastes de la science, ceux qui sentent en eux la force nécessaire, cherchassent à découvrir les lacunes toujours nombreuses qui restent à combler, et s'attachassent avec cette patience laborieuse et intelligente que Buffon estimait si haut qu'il la confondait avec le génie, à étudier, à éclairer les points encore obscurs. Il n'en est cependant point ainsi. La plupart de nos jeunes confrères, poussés par un désir immodéré du succès, par le besoin impérieux d'une réputation précoce, saisissent avec avidité un fait qu'ils croient important ou nouveau, et le livrent à la publicité sans trop se soucier de savoir si d'autres faits antérieurs ou postérieurs *ne lui* ôtent pas toute sa valeur. De là cette abondance stérile d'observations et de mémoires qui chaque jour encombrent nos journaux et nos bibliothèques sans un véritable profit pour la science et pour l'art.

C'est donc, on peut le dire, une bonne fortune d'avoir à rendre compte d'un ouvrage qui est le fruit de recherches assidues, persévérantes, sur un des sujets les plus intéressants de la médecine, soit qu'on le considère en lui-même, soit qu'on le considère dans ses applications à une classe de maladies encore mal connues quoique souvent étudiées, je veux parler des affections nerveuses. Le traité des maladies de plomb, publié par M. Tanquerel, et que vous m'avez chargé de vous faire connaître, appellera notre attention sous le double rapport que je viens d'indiquer. Je commencerai par vous présenter une analyse succincte de l'ouvrage; je me livrerai ensuite à quelques considérations sur l'utilité que peut offrir pour l'étude des maladies nerveuses la connaissance de la plupart des phénomènes observés dans les affections saturnines.

Vous savez tous, messieurs, que l'idée qui a présidé aux recherches de M. Tanquerel, c'est la nécessité de reconnaître d'après l'observation, que le plomb introduit dans l'économie peut agir primitivement sur d'autres organes que les intestins, et que conséquemment la colique n'est qu'une des formes de la maladie saturnine. Ces formes, on peut les réduire à quatre, savoir : la colique, l'arthralgie ou douleur des membres, la paralysie et l'encéphalopathie.

Sur vingt-trois individus atteints de maladies saturnines, douze sont affectés de colique, huit d'arthralgie, deux de paralysie, un d'encéphalopathie.

Ces quatre maladies offrant de grandes différences sous le rapport de leur physionomie, de leur marche, de leur durée et de leur traitement, leur histoire doit être faite séparément.

Il est cependant une circonstance importante qu'on peut regarder comme leur étant commune, et qui précède ordinairement chacune d'elles; c'est ce que M. Tanquerel nomme *Intoxication saturnine primitive*.

Les phénomènes caractéristiques de l'action primitive du plomb sur l'économie, phénomènes que M. Tanquerel a le premier fait connaître, sont les suivants :

La coloration ardoisée des gencives; une teinte brunâtre des dents plus prononcée à leur collet, moins vive à leur extrémité supérieure; une saveur tout à la fois styptique et sucrée, une haleine d'une fétidité spéciale, l'ictère saturnin que M. Tanquerel rapporte à une altération du sang, une lenteur et une dureté remarquables du pouls; enfin, un amaigrissement notable.

On a pu s'assurer chimiquement que la teinte brunâtre des dents est due à du sulfure de plomb.

La *colique* de plomb est une névralgie des organes digestifs et urinaires, produite par l'introduction et l'absorption du plomb à l'état moléculaire.

Après avoir donné cette définition de la maladie, M. Tanquerel déroule la longue liste des différents noms imposés à cette colique, dont la véritable cause a été souvent méconnue. Recherchant ensuite dans le texte même des auteurs anciens et modernes les preuves de la connaissance plus ou moins avancée que les médecins ont eue de cette affection depuis Hippocrate, il fait voir que Nicander, ce médecin poëte qui vivait 140 ans avant l'ère chrétienne, ou environ deux siècles après Hippocrate, a exposé d'une manière assez exacte les suites de l'ingestion de la céruse dans l'estomac. Vers le milieu du premier siècle après J.-C., Dioscoride décrivit encore un peu mieux les accidents que peuvent déterminer la céruse, la litharge, le minium pris à l'intérieur; il indiqua même les effets pernicieux de la poussière de minium; enfin, il conseilla comme traitement l'emploi de vomitifs et de purgatifs énergiques. Parmi les médecins arabes, Avicenne est celui qui a le mieux connu la maladie qui nous occupe. Il faut ensuite descendre jusqu'au dix-septième siècle pour constater de nouveaux progrès dans l'étude des maladies saturnines. C'est, en effet, alors que parut l'opuscule de Cétois, intitulé : *De novo et populari apud pictores dolore Diatriba. Poitiers*, 1616. En 1656, Stockhusen publia un mémoire ayant pour titre : *De Lithargyrii fumo noxio, morbifico ejusque metallico frequentiori morbo vulgò dicto Huncten-Ratze.* Dans cet ouvrage il s'attache à démontrer que la maladie connue sous le nom de colique de Poitou était produite par des émanations saturnines.

Jean-Jacques Wepfère, qui vivait à la même époque, adressa au gouvernement de Wurtemberg une lettre dans laquelle il parle d'une colique, suivie de paralysie, colique qu'il rapporte à des vins frelatés avec de la litharge pour les rendre plus potables.

En 1745, Huxham publia la relation d'une colique qui éclata dans le Devonshire, et dont les symptômes étaient absolument ceux de la colique de plomb. Bientôt après Baker, chimiste anglais, prouva, à l'aide de nombreuses et concluantes expériences, que cette maladie était produite par l'usage du cidre mélangé avec des préparations saturnines.

En 1751, Astruc voulut prouver après Stockhusen que la colique de Poitou, à laquelle il donne le nom de rachialgie, était une maladie saturnine. Sa dissertation est intitulée : *Ergò morbo, colica pictorum dicta, venæ sectio cubito?*

Si le mémoire d'Astruc n'a pas le mérite que pourrait faire supposer le nom de l'auteur, on peut en dire autant du *Traité de la Colique de Poitou*, publié à Genève, par Tronchin, en 1756, traité dont Bouvart a fait une sévère mais juste critique.

Il était réservé à un des plus anciens et des plus honorables membres que possède la Société de Médecine de Paris, de dissiper les erreurs amassées par le temps, et de réunir en un seul faisceau les connaissances positives que l'on avait sur la colique de plomb. Le traité de la colique métallique, publié par M. Mérat, en 1814, fut donc un véritable service rendu à la science et à l'humanité.

En 1825, M. le docteur Palais publia un mémoire sur le même sujet, mémoire dans lequel il s'attache à établir que la colique de plomb réclame un traitement antiphlogistique.

En 1833, MM. Mérat et Delens donnèrent dans leur Dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique générale de nouveaux et précieux détails sur les diverses préparations de plomb, sur leurs effets toxiques et thérapeutiques.

Depuis, MM. Andral, Chomel, Grisolle et Nivet ont fait connaître le résultat de leurs observations. Mais, hâtons-nous de le dire, c'est dans l'ouvrage de M. Tanquerel qu'on trouvera le produit net et épuré de tous les efforts faits depuis tant de siècles pour connaître les maladies saturnines.

Causes : Les substances qui peuvent donner la colique de plomb sont, suivant M. Tanquerel :

1° Le plomb métallique et tous ses composés, mais surtout :

2° Les oxydes de plomb, particulièrement le protoxyde fondu (litharge), et le bioxyde (minium);

3° Les sels de plomb, et spécialement le sous-carbonate de plomb (céruse, blanc de céruse), l'acétate de plomb (sucre de saturne), le sous-acétate de plomb (extrait de saturne), et le chromate de plomb (jaune minéral, jaune de Paris).

La peau dépouillée de son épiderme, les muqueuses pulmonaire, gastrique, oculaire et vaginale sont jusqu'ici les voies d'absorption par lesquelles le plomb a pénétré dans l'économie.

Conringius, Wildekind, van Brambilla, Mœglin, Christison ont cité des faits desquels on pourrait déduire que la peau recouverte d'épiderme peut donner passage à des préparations saturnines capables de déterminer la colique de plomb. L'examen attentif de ces faits a prouvé à M. Tanquerel qu'ils ne méritent pas confiance. Il en est tout autrement des cas assez nombreux dans lesquels la peau dépourvue d'épiderme a été mise en contact avec des liquides ou des onguents saturnés. MM. Percival, Baker, Duchesne, Tauffleb de Bar ont rapporté des observations qui ne peuvent pas laisser de doute à ce sujet. M. Tanquerel a été témoin d'un fait curieux qu'a pu observer aussi notre ancien et bien regrettable collègue Sabatier. La colique et l'arthralgie saturnines se sont développées chez un homme qui avait fait usage d'un collyre dans lequel l'acétate de plomb entrait à la dose d'un demi-gros pour 4 onces de liquide. Le médicament ayant été complétement employé dans l'espace de cinq jours, un second col-

Digitized by Google

lyre composé de la même manière fut prescrit et dépensé en six jours. Le douzième jour, les accidents toxiques se déclarèrent d'abord du côté du ventre, puis du côté des membres inférieurs. On cessa dès lors l'usage du collyre : la colique et l'arthralgie saturnines furent combattues avec succès, à l'aide de l'huile de croton-tiglium et de bains sulfureux. Les effets de l'empoisonnement avaient disparu le septième jour de l'emploi de cette médication.

M. Tanquerel a vu encore le cas non moins remarquable d'une femme qui fut atteinte de colique et d'arthralgie saturnines, pour avoir fait usage d'injections d'eau de Goulard trois fois par jour, pendant quatre jours consécutifs, dans le but d'arrêter une hémorrhagie utérine, une demi-bouteille d'acétate de plomb fut mise, dans cet intervalle, en contact avec le vagin.

Le plomb pénètre encore dans l'économie, soit mélangé avec les aliments et les boissons, soit administré comme médicament. Réduit en poussière fine ou fumée, comme dirait Stockhusen, il entre dans la cavité buccale, se mêle avec la salive, et descend avec elle dans l'estomac.

Parmi les faits nombreux que cite à cette occasion M. Tanquerel, on en choisirait quelques-uns qui me paraissent dignes de notre attention.

Gmélin a vu la colique saturnine survenir à la suite de l'usage du pain fait avec de la farine, dans laquelle entrait de la céruse. Combalusier attribue, avec juste raison, la colique de neuf jardiniers de Montrouge, dont il rapporte l'histoire détaillée, à l'usage du pain cuit dans un four chauffé avec de vieux treillages peints en vert, à l'aide d'un mélange de céruse et de vert-de-gris. Gaubinet affirme avoir vu, en Belgique, le même effet résulter du mélange de la céruse dans du beurre, pour le rendre plus blanc. L'étamage qui est fait avec un mélange d'étain et de plomb peut être nuisible, soit lorsque le plomb entre dans ce mélange au delà d'une certaine proportion qu'on évalue, en général, à un dixième, et que Prost porte à moitié, soit lorsque l'étamage est déjà vieux. C'est ainsi qu'au rapport de Barruel, une andouille cuite dans une chaudière recouverte d'un vieil étamage a produit des symptômes graves d'empoisonnement abdominal, dus à quelques parcelles d'oxyde de plomb qu'elle contenait, et qui provenaient de cet étamage.

Les auteurs du dix-huitième siècle ont fait mention d'un grand nombre de coliques, même épidémiques, produites par l'usage du vin frelaté avec de la litharge ou de la céruse, dans la vue de les rendre doux et agréables. Aulu-Gelle nous apprend aussi que chez les Romains il était d'usage de mettre un vase de plomb dans le jus de raisin qu'on faisait bouillir.

Van-Swieten, Tronchin, Wan-Strootwyk, Wal, ont vu l'eau conservée dans des vases de plomb et exposée à l'air donner des accidents saturnins. Il est facile, dit M. Tanquerel, de se rendre compte de la colique dans ces circonstances : le plomb exposé à l'humidité se transforme en oxyde, puis en carbonate de plomb, aux dépens de l'oxygène et de l'acide carbonique de l'air. Le sous-carbonate ainsi formé se dissout en totalité ou en partie dans l'eau, à la faveur de l'acide carbonique qu'elle contient ordinairement en excès. Aussi, dans le cas où l'eau séjourne quelques mois dans des cuves de plomb, on aperçoit, à la hauteur de l'eau, une ligne blanche qui reste à nu quand celle-ci diminue. Cette ligne blanche est du carbonate de plomb. Six voies d'eau laissées pendant deux mois dans une cuve pneumato-chimique doublée de plomb, ayant été analysées par M. Mérat, lui ont donné plus de deux onces de carbonate acide de plomb bien cristallisé.

Il faut savoir toutefois que l'eau qui n'a pas reçu le contact de l'air n'altère en aucune façon le plomb dans lequel elle est contenue. Si l'eau qui parcourt pour la première fois des conduits en plomb, a quelquefois donné la colique, c'est, comme le remarque M. Devergie, parce que chargée d'acide carbonique, elle a donné naissance à du carbonate de plomb qu'elle a ensuite entraîné.

On trouve dans les auteurs de très-nombreux exemples du danger qu'a pu entraîner l'administration à l'intérieur de préparations de plomb, et surtout de l'acétate de ce métal (sucre de saturne). Fernel, Ettmuller, Tulpius, Tralles, Van-Swieten, Hoffmann, James, Tronchin, Tissot, Moréal, Gardane, Baker, MM. Chomel et Fizeau ont cité des faits qui doivent inspirer la plus grande réserve. Quelle est la dose d'acétate de plomb qu'il ne faut pas dépasser pour ne pas avoir à craindre d'accidents saturnins? Il serait bien difficile de le dire. M. Tanquerel cite deux cas dans lesquels 130 grains d'acétate de plomb pris en quatorze jours, et 149 grains pris en seize jours, déterminent des coliques fort graves, tandis que M. Fouquier a pu donner impunément le même médicament à la dose de 18 grains, pendant plusieurs mois; tandis que M. Barbier d'Amiens en a fait prendre 240 grains en trente-sept jours, sans le moindre effet fâcheux. Ce serait donc un beau problème thérapeutique à résoudre que de déterminer, par un grand nombre d'observations, les effets thérapeutiques des préparations saturnines, et les doses auxquelles on peut les donner sans danger.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les longs et intéressants détails qu'il donne sur les nombreuses professions dans lesquelles on prépare le plomb s sur les divers procédés de fabrication. Ce qu'il nous importe essentiellement de savoir, c'est que toutes

Digitized by Google

les fois que des ouvriers restent longtemps dans une atmosphère chargée de molécules saturnines, ils sont exposés à toutes les maladies qu'engendre le plomb. Sur 1213 individus affectés de colique saturnine, M. Tanquerel a compté 406 ouvriers de fabriques de céruse, 305 peintres en bâtiments, 68 broyeurs de couleurs, 54 potiers de terre, 52 ouvriers de fonderie de caractères d'imprimerie, 47 peintres en voiture, 35 lapidaires, 33 peintres d'attributs, etc., etc.

Les personnes qui ne travaillent pas le plomb sont bien rarement exposées à ces maladies. Elles n'en sont cependant pas complétement à l'abri.

MM. Leroux et Louis ont rapporté des cas de colique de plomb développés chez des individus qui avaient couché une ou plusieurs nuits dans une chambre nouvellement peinte.

La même cause a déterminé la colique chez des peintres et des doreurs occupés à décorer les salles du musée de Versailles.

Si tous les médecins avaient toujours présents à l'esprit les symptômes des maladies saturnines, il n'arriverait pas aussi souvent que celles-ci seraient méconnues au grand détriment des malheureux qui en sont affectés. M. Mérat et M. Maigne ont vu des faits bien remarquables sous ce rapport. Tanquerel cite également un fait curieux dont il a été témoin :

Une femme est reçue à la Charité dans le service du savant et judicieux M. Rayer. Elle est affectée d'une maladie ayant la ressemblance la plus parfaite avec la colique saturnine; mais cette malade est portière, et affirme n'avoir jamais fait usage d'aucun médicament depuis cinq à six ans, n'avoir pas habité de pièces nouvellement peintes, et n'avoir jamais travaillé de plomb. En un mot, toutes nos questions, dit M. Tanquerel, ne purent découvrir qu'elle eût été en contact avec le plomb. Après bien des recherches, on découvrit qu'elle habitait un entresol dont le plancher, en mauvais état, était troué dans une infinité de points. Immédiatement au-dessous du plancher, au rez-de-chaussée, se trouvait le laboratoire d'un parfumeur; on y broyait, on y tamisait quelques livres de céruse dans le commencement de chaque mois.

On sait que les bonbons colorés avec des préparations de plomb ont souvent déterminé des accidents. On a cru aussi devoir attribuer certains phénomènes des maladies saturnines à du tabac renfermé dans des feuilles de plomb. On peut craindre que du chocolat longtemps renfermé dans des feuilles de plomb ne contracte des propriétés toxiques.

Avant de terminer ce que j'avais à dire des causes de la colique saturnine, je dois rappeler que M. Mérat avait beaucoup insisté sur ce qu'il regardait comme une vérité démontrée, savoir que le cuivre et ses composés peuvent déterminer une colique en tout semblable à la colique de plomb. M. Tanquerel pense le contraire; il croit que chez les malades sur lesquels M. Mérat a étayé son opinion, le plomb a agi en même temps que le cuivre, et a seul amené les accidents saturnins.

Les *symptômes* de la colique de plomb décrits par M. Tanquerel sont ceux qui avaient été énumérés par M. Mérat. Seulement, M. Tanquerel est entré dans des développements utiles, relativement à chacun d'eux.

Le symptôme le plus important de la colique, celui qui paraît le premier et disparaît le dernier, c'est la douleur qui se fait sentir à l'ombilic, à l'épigastre et à l'hypogastre. Cette douleur, souvent intermittente, quelquefois seulement rémittente, est presque toujours diminuée par la pression.

Vient ensuite, dans l'ordre de fréquence, la constipation qu'on a vue durer jusqu'à quinze jours, mais qui quelquefois est remplacée par du dévoiement.

La rétraction et la dureté du ventre se montrent aussi très-souvent. Cette rétraction paraît tenir à une contraction spasmodique, convulsive de la membrane musculaire de l'intestin, comme l'a dit M. Mérat; quand on porte le doigt dans le rectum, on sent qu'il est fortement comprimé au moment des douleurs les plus vives. Les parois abdominales ne font que suivre, en quelque sorte, le retrait des intestins.

Bientôt apparaissent les nausées, les vomissements, les éructations gazeuses, le hoquet. La langue, ordinairement humide, est blanche ou jaune dans le milieu, et souvent rose ou même rouge sur les bords. Les phénomènes de l'intoxication saturnine primitive continuent à se manifester. Enfin, le malade privé d'appétit, est en proie à la soif; la respiration est ou normale ou irrégulière; le pouls est lent et dur; les urines coulent peu et difficilement : quelquefois les testicules douloureux sont rétractés. Des douleurs exacerbantes peuvent aussi occuper le cordon spermatique, la verge, l'utérus, les seins.

M. Tanquerel traite ensuite des complications, de la marche et de la durée de la maladie. Il remarque que cette durée est évidemment abrégée par un bon traitement.

L'auteur étudie avec soin le diagnostic différentiel de la colique de plomb, comparée avec la colique produite par le cuivre, par le mercure, par l'arsenic, comparée avec les diverses coliques végétales de Madrid, de Devonshire, de Poitou, de Normandie, des Indes occidentales, etc.; comparée enfin avec les névroses et les névralgies du ventre, avec les inflammations et les lésions organiques des organes abdominaux. On comprend combien le parallèle établi entre la colique saturnine et ces différentes maladies doit offrir d'intérêt. Je ne m'arrêterai que sur deux points : sur les différences de la colique

Digitized by Google

de plomb et de la colique de cuivre; sur les différences ou les ressemblances de la colique de plomb et des coliques dites végétales, parce qu'on les a attribuées à des vins ou des cidres ayant des qualités *nuisibles*.

M. Tanquerel établit de grandes différences entre la colique de plomb et la colique de cuivre.

La compression augmente toujours la douleur dans la colique de cuivre; le contraire a lieu pour la colique de plomb.

Le ventre est déprimé, contracté dans cette dernière; il est plus volumineux et plus souple dans la colique de cuivre.

Les nausées, les vomissements, les éructations gazeuses sont bien plus fréquents dans la colique de plomb.

L'haleine fétide, le goût sucré, la coloration ardoisée des dents n'existent pas chez les individus atteints de colique de cuivre.

Les accidents signalés du côté des voies urinaires ne se montrent pas dans la colique de cuivre.

Les autres maladies de plomb, telle que l'arthralgie, la paralysie et l'encéphalopathie saturnines *accompagnent* souvent la colique de plomb qu'elles *précèdent quelquefois*, et dont elles peuvent être une *terminaison*, tandis qu'il n'existe aucun vestige de ces maladies chez les individus atteints de colique de cuivre. Enfin, la marche, la durée et le traitement de ces maladies ne se ressemblent pas.

On regrette, en lisant ce parallèle, de ne pas trouver, dans l'ouvrage de M. Tanquerel, d'ailleurs si riche de faits, un certain nombre d'observations de coliques de cuivre, qui démontrent ce qu'a avancé l'auteur en opposition avec des autorités telles que *Dubois*, qui écrivait en 1761, et M. Mérat dont le *Traité de la colique métallique* ne remonte qu'en 1814. C'est une lacune que M. Tanquerel ne devra pas laisser subsister.

Passons maintenant à la comparaison établie par l'auteur, entre la colique saturnine et les coliques végétales de Normandie, de Poitou, de Madrid, du Devonshire, et des Indes occidentales.

D'abord, M. Tanquerel reconnaît qu'il y a la plus grande analogie, et souvent même la plus grande ressemblance entre les symptômes, la marche, les terminaisons de ces coliques dites végétales, et la colique saturnine. Mais se fondant, d'une part, sur des renseignements à lui fournis par des médecins instruits et habitant les pays cités, et, d'une autre part, sur les recherches faites depuis longtemps par Stockhusen, Wepfère, Henkel, Huxham, Baker, qui ont prouvé que les coliques, attribuées à des vins ou à des cidres plus ou moins aigres, doivent être rapportées aux préparations de plomb employées pour les adoucir, M. Tanquerel arrive à cette conclusion, qu'il formule cependant avec quelque hésitation, savoir : que la seule colique végétale qui ressemble à la colique saturnine, est celle produite par des préparations de plomb qu'on a mélangées avec des cidres ou des vins. Quant à des coliques végétales qui ne reconnaîtraient pas le plomb pour cause, il doute qu'il en existe qui ressemblent à la colique saturnine. Au moins, dit-il, n'en voit-on plus dans les pays où on a cru en observer depuis que, grâce à la surveillance de l'autorité, le plomb n'est plus employé pour corriger les mauvaises qualités des vins et des cidres.

Je vous l'avouerai, messieurs, je ne puis partager ici la conviction de M. Tanquerel. Dire que les Bonté, les Marteau de Grandvilliers, les Riolan, Townes, et plus anciennement, Arétée, Aly-Abbas, etc., etc., se sont tous trompés sur la cause des coliques qu'ils ont décrites, et qui ressemblaient beaucoup à la colique de plomb, c'est avancer une proposition qu'il serait, je crois, difficile de démontrer. Comment établir que la colique de Surinam, dont Cullen nous donne les ressemblances et les différences avec la colique saturnine, soit toujours produite par le plomb? Comment nous prouver surtout que les vingt et une observations de coliques végétales, recueillies à Cayenne par notre honorable collègue, M. Segond, observations qui contiennent assez de détails pour nous faire connaître la cause ordinaire de la maladie, c'est-à-dire un refroidissement subit, sont toutes fautives sous ce rapport?

Je sais bien que M. Tanquerel prétend que les chauffeurs de la machine du bateau à vapeur *la Louise*, et un ouvrier imprimeur, dont M. Segond comprend l'histoire au nombre de ces vingt et une observations, peuvent très-bien avoir été exposés à absorber des molécules saturnines; l'imprimeur en maniant des caractères d'imprimerie, et les chauffeurs en respirant un air vicié par les émanations que peuvent fournir les sels de plomb qui entrent dans certaines soudures. Mais en admettant que le plomb ait pu être la cause de trois des coliques observées à Cayenne, en est-il de même pour les seize autres malades dont M. Second nous a donné l'observation?

Il suffira, messieurs, que M. Segond ait connaissance des doutes élevés par M. Tanquerel, pour qu'il s'empresse de les dissiper. Retourné depuis plusieurs mois à son poste de médecin en chef des hôpitaux de Cayenne, il aura de fréquentes occasions de répéter ses observations, dans un pays où la colique végétale est endémique.

Je ferai sur ce point en litige une dernière remarque. Pourquoi M. Tanquerel, qui ne veut pas admettre que certaines coliques puissent offrir les symptômes de la colique de plomb, sous les tropiques où le système nerveux acquiert un degré d'excitation, d'exaltation, qui a frappé tous les bons

Digitized by Google

observateurs, où toutes les maladies revêtent, par cette cause, un caractère spécial, reconnait-il, quelques lignes plus loin, que ce même groupe de symptômes a été observé chez des femmes hystériques qu'il ne suppose pas avoir été sous l'influence d'aucune préparation saturnine? « On rencontre, dit » M. Tanquerel, des femmes sujettes à l'hystérie qui » éprouvent des douleurs de coliques atroces, di- » minuées par la pression, accompagnées de con- » stipation et d'éructations fréquentes; ces malades » se plaignent, en même temps, de douleurs aigues » dans les membres. Plusieurs observateurs ont vu » des paralysies des extrémités inférieures survenir » à la suite de pareilles coliques. Des amauroses pas- » sagères, du délire ou du coma, ont été également » notés dans ces circonstances. »

Le pronostic de la colique de plomb traitée convenablement est en général peu grave. Cette maladie est très-rarement mortelle, puisque, sur plus de cent vingt malades, M. Tanquerel n'a vu qu'un cas funeste. Il ne faudrait cependant pas donner une parfaite sécurité, même pour les malades les moins gravement atteints en apparence. On pourrait éprouver les mécomptes les plus fâcheux. On a vu, en effet, au moment où on devait le moins s'y attendre, survenir les phénomènes de l'encéphalopathie ou l'asphyxie par la paralysie des muscles inspirateurs.

Les altérations pathologiques observées à la suite de la colique de plomb sont telles, qu'un esprit judicieux ne peut les considérer que comme des effets ou des complications de la maladie. Je rappellerai seulement que MM. Mérat et Tanquerel regardent comme un caractère anatomique de la colique de plomb, le retrait, le tassement du paquet intestinal. Enfin, M. Tanquerel a vu une seule fois, après une colique de plomb, un développement anormal des ganglions du grand sympathique, altération que M. Segond a rencontrée trois fois à Cayenne, chez des malades morts de la colique végétale, et que j'ai vue une fois à la Charité, chez un malade dont j'aurai bientôt occasion de vous entretenir.

M. Mérat est le premier qui ait tenté, avec Barruel, des expériences chimiques, dans le but de découvrir le plomb dans l'économie des individus atteints de la colique saturnine. Ces expériences ne donnèrent que des résultats négatifs. MM. Tiedman et Gmélin disent qu'après avoir fait avaler de l'acétate de plomb à plusieurs chiens, ils ont trouvé ce sel dans les veines mésaraïques, et dans les veines spléniques de ces animaux.

M. Tanquerel, assisté de deux habiles chimistes, MM. Guibourt et Chevalier, n'a pu constater la présence du plomb dans du sang, dans de l'urine, dans de la salive provenant des malades atteints d'affections saturnines. M. A. Devergie, qui, comme il vous l'a dit dans une note lue l'année dernière à la société, a découvert à l'aide de procédés nouveaux, des traces de plomb et de cuivre dans le tube intestinal des individus qui avaient succombé à une cause étrangère aux émanations saturnines, a fait l'analyse chimique des muscles, des viscères, du sang, des matières fécales, provenant d'un sujet mort de coliques d'arthralgie et d'encéphalopathie saturnines, et est arrivé à cette conclusion, savoir : qu'il y a de fortes raisons de croire que la plus grande partie du plomb trouvé dans les parties analysées est due à l'interjection de ce métal dans l'économie, pendant le travail journalier auquel se livrait cet individu.

M. Tanquerel place le siége de la colique saturnine dans la portion abdominale du nerf trisplanchnique. La nature de la maladie lui paraît être névralgique. Vous vous rappelez sans doute, messieurs, que M. Segond aussi a été conduit par une étude attentive de la colique végétale, à donner à celle-ci le nom de névralgie du grand sympathique.

Les auteurs qui ont écrit avant M. Tanquerel sur la colique saturnine ont regardé, en général, les douleurs des membres comme un symptôme concomitant, comme un effet sympathique, ou comme une suite de la colique. Pour M. Tanquerel, au contraire, l'arthralgie est une affection saturnine qui peut se montrer avant, pendant et après la colique saturnine, mais qui peut aussi exister sans elle.

L'arthralgie est caractérisée, suivant l'auteur, par des douleurs vives dans les membres, sans rougeur ni gonflement, ne suivant pas exactement le trajet des cordons nerveux anatomiques, continues, mais devenant plus aigues par accès ou crises, diminuées par la pression, augmentées par les mouvements, accompagnées de divers troubles de la motilité, tels que les crampes, dureté et tension des parties endolorées.

Je ne vous soumettrai, messieurs, qu'une remarque sur cette courte description de la maladie, c'est qu'en 1826, 1827 et 1828, j'ai constaté à la Charité, en présence de M. Andral et d'autres médecins ou élèves qui suivaient alors la visite de Lerminier, que, dans certains cas, la douleur parcourait évidemment le trajet des nerfs des membres. Je pourrais rapporter ici plusieurs observations recueillies par moi, et qui démontreraient ce que j'avance. M. Tanquerel, en disant que les douleurs des membres siégent plus fréquemment dans le sens de la flexion que partout ailleurs, en faisant remarquer que, pour l'extrémité abdominale, l'aine, la partie postérieure de la cuisse, le jarret, le mollet et la plante du pied sont les parties les plus ordinairement affectées, de même que, pour le membre thoracique, l'aisselle, la partie antérieure du bras, le pli du coude, la face palmaire de l'avant-bras et de la main sont le plus fréquemment le siége des douleurs, établit une grande présomption en faveur de la justesse de l'observation

Digitized by Google

ci-dessus. Il suffit, en effet, de se rappeler la distribution des nerfs des extrémités supérieures et inférieures, pour se convaincre que les régions indiquées sont précisément celles où se trouvent plus particulièrement les troncs nerveux. Ajouterais-je, enfin, qu'aux yeux de M. Tanquerel, comme aux miens, ces douleurs sont de nature névralgique?

Après la colique, l'arthralgie est la maladie saturnine la plus fréquente. M. Tanquerel, a vu 755 fois cette affection. Dans 201 cas, elle existait indépendamment de tout autre accident saturnin. Sur les 755 malades observés, 485 ressentirent uniquement des douleurs dans les membres inférieurs, 88 dans les membres supérieurs, 18 dans les lombes, 5 dans les parois thoraciques, 4 dans le col, et 3 dans la tête. Je m'étonne que M. Tanquerel n'ait vu qu'une fois, et encore chez un des malades affectés de douleurs dans les parois thoraciques, des douleurs ayant leur siége dans les parois abdominales. Frappé de la tendance qu'ont les douleurs saturnines à suivre le trajet des nerfs, j'ai pu constater au moins six fois des cas dans lesquels il fallait rapporter exclusivement aux parois abdominales ou plutôt aux nerfs qui *les animent*, des douleurs qu'avec moins d'attention on *aurait regardées* comme dues à la colique saturnine. Une autre remarque que je dois encore vous présenter, c'est que la moelle épinière est plus souvent que ne semble l'avoir observé M. Tanquerel le siége de douleurs qui restent bornées à cet organe si important, ou qui s'irradient le long des nerfs qui en partent.

On serait porté à penser que dans les affections saturnines comme dans certaines névralgies rhumatismales, dans celle du nerf facial, par exemple, la *paralysie se montre* plus souvent dans les membres *plus fréquemment* frappés d'arthralgie. C'est au *contraire*, dans les membres supérieurs que se manifestent plus souvent la paralysie, tandis que les membres inférieurs sont cinq fois plus exposés aux douleurs saturnines.

Stoll, Desbois de Rochefort, Gardane, M. Mérat et M. Tanquerel ont tous remarqué que les douleurs saturnines ont leurs exacerbations la nuit. C'est une preuve du danger qu'il y a à regarder les douleurs nocturnes comme nécessairement liées à une cause vénérienne. Je vous demanderai, à cette occasion, la permission de vous rapporter avec quelques détails un cas qui vous montrera des douleurs ostéocopes avec des exacerbations nocturnes occasionnées par *le mercure*, chez un individu qui n'avait jamais eu aucun symptôme vénérien.

Le 8 octobre 1826 est entré à la Charité, salle Saint-Louis, n° 34, François Carré, âgé de 39 ans, boutonnier, faisant bon ménage avec sa femme. Carré est venu réclamer un lit pour se faire traiter d'une douleur pleurétique qui a cédé en quelques jours à des évacuations sanguines et à un régime convenable. Guéri de cette maladie, il se plaint amèrement de douleurs violentes, augmentant toutes les nuits, et ayant leur siége le long de la face interne des tibias. Il attribue ces douleurs à des émanations mercurielles, au milieu desquelles il a travaillé pendant trois ans qu'il a doré des boutons. Il les a ressenties pour la première fois au bout d'un an, et comme elles sont devenues plus intenses pendant les deux années suivantes, il a été forcé de renoncer à dorer des boutons. 30 bains de vapeur pris à l'hôpital Saint-Louis l'ont soulagé pendant trois mois. Mais il y a déjà trois ans que les douleurs ont reparu et qu'elles continuent avec assez de vivacité, non-seulement pour empêcher le sommeil, mais aussi pour l'interrompre.

Un interrogatoire dirigé avec soin dans l'intention de découvrir la vérité, confirme la déclaration formelle du malade, qu'il n'a jamais éprouvé le moindre symptôme vénérien.

Le malade a quitté la Charité le 13 octobre 1826, bien guéri de sa douleur pleurétique, mais emportant ses douleurs mercurielles.

Est-il besoin de dire que si, comme je le crois fermement, cette affection reconnaît vraiment pour cause des émanations mercurielles, il y aurait eu le plus grand danger à combattre par le mercure des douleurs qu'on aurait à tort supposées vénériennes, parce qu'elles auraient été plus vives la nuit.

L'anatomie pathologique ne donne encore que des résultats négatifs sur les altérations observées à la suite de l'arthralgie; il n'en est pas de même de la chimie. Chez un sujet mort d'encéphalopathie saturnine, mais chez lequel il existait aussi de l'arthralgie, M. A. Devergie a reconnu la présence d'une notable quantité de plomb dans les muscles soumis à une analyse rigoureuse.

Après avoir donné l'histoire de l'arthralgie, M. Tanquerel arrive à une affection des plus curieuses, la paralysie saturnine. Il insiste longuement sur l'historique de cette maladie, et parvient facilement à démontrer que jusqu'ici on n'en a fait qu'une étude incomplète, tant sous le rapport des symptômes, de la marche, de la terminaison, que sous celui plus important encore du traitement.

M. Tanquerel possède 102 observations de paralysie saturnine, et c'est de ce grand nombre de faits qu'il déduit les corollaires qui font de cette partie de son ouvrage un des chapitres les plus intéressants pour le praticien.

Ces 102 malades ont présenté 87 fois la paralysie des membres supérieurs, et 15 fois seulement celle des membres inférieurs. M. Tanquerel a vu aussi 2 fois la paralysie des muscles intercostaux, laquelle a entraîné promptement l'asphyxie et la mort des malades; 1 fois celle des muscles sterno-cleido-

Digitized by Google

mastoïdien, pectoral et grand dorsal; enfin il a observé 15 fois le bégaiement, et 16 fois l'aphonie.

De Haën, Stoll, Rammazzini, Desbois de Rochefort, M. Andral et M. Trousseau ont vu des paralysies saturnines qui n'avaient pas été précédées de la colique. C'est donc à tort que beaucoup d'auteurs ont prétendu que la paralysie était toujours l'effet d'une colique mal traitée.

Il est assez rare que la paralysie saturnine frappe soudainement les malades.

Lorsque la paralysie doit affecter tout un membre, elle commence ordinairement par les parties supérieures et descend ensuite aux inférieures.

Ce sont toujours les muscles de la partie postérieure du membre qui sont uniquement privés de contractilité dans la paralysie des extrémités thoraciques, tandis que pour les extrémités abdominales ce sont les muscles de la partie antérieure du membre qui sont affectés. Or, nous savons tous que les muscles placés dans ces deux places concourent plus ou moins à l'extension, et secondairement à l'abduction et à l'adduction. Pourquoi cette préférence du plomb pour les muscles extenseurs. C'est là, messieurs, un de ces nombreux résultats cliniques dont la physiologie ne peut rendre compte.

Pour étudier dans tous ses détails la paralysie saturnine des membres, M. Tanquerel la divise en sept variétés pour les membres supérieurs, et en quatre variétés pour les membres inférieurs. A l'aide d'une investigation minutieuse de tous les mouvements devenus impossibles, il établit d'une manière lucide la part que prend à la maladie chaque muscle plus ou moins paralysé.

Comment est produite la paralysie saturnine? Nous l'ignorons. Ce que nous savons, c'est que rien ni du côté du cerveau ni du côté de la moelle épinière n'annonce qu'on puisse faire remonter à ces centres nerveux la cause de la paralysie.

C'est là sans doute une exception rare à une règle générale. Il ne faut pas oublier, toutefois, que sans parler des paralysies partielles qui ont été observées à la suite de certaines coliques végétales, on a pu en constater à la suite de coliques nerveuses, et à la suite de cette singulière épidémie à laquelle on a donné il y a peu d'années le nom d'acrodynie. M. Tanquerel rapporte également un cas qui paraît avoir été dû à un refroidissement. La paralysie du mouvement d'extension du poignet et des doigts s'est manifestée chez un tailleur d'habits qui, après s'être enivré, alla se coucher sur l'herbe et à l'ombre, depuis quatre jusqu'à onze heures du soir. M. Tanquerel interrogea soigneusement le malade pendant tout un mois, et acquit la conviction que le plomb n'était pour rien dans cette affection. Notre auteur a encore observé la paralysie des muscles extenseurs des orteils à la suite d'une fièvre typhoïde. Enfin, vous vous rappelez peut-être, messsieurs, qu'il y a environ dix ans, vous avez fait imprimer dans le recueil de vos travaux divers cas de paralysie plus ou moins partielle recueillis par notre honorable collègue M. Keegaradec et par moi, et dont il a été impossible de reconnaître la cause.

M. Tanquerel arrive à la même conclusion pour la paralysie saturnine. De l'analyse et de la discussion de toutes les observations d'anatomie pathologique faites chez des malades qui sont morts atteints de la maladie qui nous occupe, il tire, en effet, la conséquence qu'on ne peut la rattacher à aucune lésion appréciable.

Il vaut certainement mieux avouer notre ignorance sur ce point, que d'admettre des explications qui ne sont que des hypothèses peu soutenables. Boerhaave, Baglivi et Cétois pensent que la paralysie qui survient dans la colique de plomb a son siége dans les intestins, et que c'est par un consensus existant entre les nerfs des intestins et ceux des membres que ces derniers sont consécutivement paralysés. Astruc et Bordeu rapportent les paralysies saturnines à une lésion de la moelle épinière, lésion qu'ils ne disent pas avoir vue, et que personne n'a vue depuis eux. Broussais et M. Ranque disent que la paralysie est le résultat de l'action sympathique de la colique sur les membres. Ce sont là, messieurs, de stériles spéculations qui ne doivent pas arrêter plus longtemps notre attention.

Le plomb peut produire et produit souvent la paralysie du mouvement seul. Quelquefois, la sensibilité est détruite en même temps que la motilité. Beaucoup plus fréquemment la paralysie du sentiment se montre indépendante, séparée de celle du mouvement. C'est l'anasthésie saturnine.

Sur 23 cas d'anasthésie saturnine, la maladie occupait 4 fois la profondeur des organes où elle siégeait; 7 fois la perte de la sensibilité se trouvait bornée à la peau; enfin, 12 fois l'œil était le siége de l'affection : la rétine avait perdu sa sensibilité spéciale. Nous passerons rapidement sur la perte de la sensibilité de la peau et des parties plus profondes pour arriver à l'amaurose saturnine.

Sur 19 amauroses saturnines 14 fois la maladie a eu une invasion brusque, sans être annoncée par aucun phénomène spécial! Dans 4 cas, elle a été précédée de céphalalgie frontale; enfin, dans un dernier cas, elle est survenue lentement et progressivement.

L'amaurose saturnine atteint en quelques heures son plus haut degré.

M. Tanquerel n'a jamais pu constater cet état particulier signalé par Waller, et que cet auteur donne comme le caractère de l'amaurose succédant à une intoxication saturnine, savoir : une turgescence des vaisseaux sanguins de la conjonctive et de la sclé-

Digitized by Google

rotique avec sentiment de plénitude dans l'œil.

La marche est, en général, rapide comme l'invasion.

Plusieurs auteurs cités par M. Tanquerel disent avoir vu survenir des amauroses à la suite de coliques indépendantes du plomb.

Les recherches les plus minutieuses n'ont rien appris sur la cause anatomique de l'amaurose saturnine.

L'encéphalopathie saturnine est un titre générique sous lequel M. Tanquerel range tous les désordres cérébraux dont le plomb peut être la cause.

L'encéphalopathie est la plus rare des maladies produites par les préparations saturnines. M. Tanquerel ne l'a observée que 72 fois sur plus de 1200 malades soumis à ses recherches.

De la céphalalgie, des vertiges, des tintements d'oreille, de l'insomnie précèdent assez fréquemment l'encéphalopathie qui d'autres fois éclate tout à coup.

Pour ne rien omettre des symptômes principaux que peut offrir la maladie, l'auteur décrit quatre formes sous lesquelles on a observé l'encéphalopathie, savoir : la forme délirante, la forme comateuse, la forme convulsive; enfin, une quatrième forme composée des trois premières.

Dans la première forme, le délire, d'abord tranquille avec ou sans hallucination de la vue et de l'ouïe, passe souvent au délire furieux.

La forme comateuse succède souvent à la forme délirante et précède quelquefois la forme convulsive.

Les convulsions déterminées par le plomb existent rarement seules. M. Tanquerel ne les a vues que 5 fois apparaître d'une manière isolée.

M. Tanquerel établit cinq variétés de convulsions. Elles sont partielles, générales, épileptiques, épileptiformes ou cataleptiques.

Quand les convulsions sont partielles, un des côtés de la face ou un des membres sont agités par des convulsions rapides, analogues à des secousses électriques.

Les convulsions générales sont ordinairement produites par la colique, surtout quand les douleurs sont excessives.

L'épilepsie est la variété la plus commune de la forme convulsive. M. Tanquerel en a vu 36 exemples.

Jamais l'épilepsie saturnine n'est précédée *d'aura epileptica*. Un seul des malades observés par M. Tanquerel a poussé un cri au début de l'attaque.

Quand l'épilepsie saturnine doit se terminer d'une manière funeste, les accès se suivent presque sans aucun intervalle. Le malade meurt soit asphyxié, soit subitement.

La quatrième variété des convulsions saturnines est constituée par des mouvements épileptiformes, pendant lesquels le malade ne présente ni écume à la bouche, ni sterteur, ni face vultueuse.

Quant à la catalepsie saturnine, M. Tanquerel ne l'a vue que deux fois.

Lorsque le délire, le coma et les convulsions sont réunis chez le même sujet, ce qui est loin d'être rare, on les voit se succéder sans aucun ordre régulier.

L'encéphalopathie a une marche essentiellement ataxique et insidieuse. La durée ordinaire est de 4 à 16 jours.

Le délire, le coma et les convulsions peuvent diminuer progressivement ou cesser brusquement.

Quand la mort doit terminer l'encéphalopathie, ce qui est le cas le plus commun dans les observations des auteurs, le délire continu, tantôt tranquille, tantôt furieux, épuise le malade; le coma amène l'anéantissement général et la cessation des fonctions des organes de la vie intérieure.

Jamais l'encéphalopathie saturnine n'amène à sa suite la méningite ou l'encéphalite.

Le diagnostic de cette maladie pourrait présenter de grandes difficultés dans les cas où la profession du malade ou son séjour dans une atmosphère chargée de molécules saturnines ne mettrait pas à l'abri de l'erreur.

M. Tanquerel consacre un long chapitre à faire ressortir les différences qui la séparent de toutes les maladies cérébrales avec lesquelles on pourrait la confondre.

Quelle est la nature de cette maladie? Est-ce une inflammation? Non, dit M. Tanquerel; car toutes les recherches d'anatomie pathologique faites par des hommes compétents démontrent le contraire. C'est, dit l'auteur, une névrose aiguë toxique.

MM. A. Devergie et Guibourt, chacun par un procédé différent, ont démontré la présence d'une quantité notable de plomb dans des cerveaux frappés d'encéphalopathie.

Messieurs, la longueur de cette analyse vous aura suffisamment prouvé le plaisir que j'ai éprouvé à lire et à vous faire connaître le résultat des patientes recherches et des idées neuves de l'auteur; il ne me reste plus qu'à vous parler du traitement curatif et préservatif des maladies saturnines.

La colique a été combattue par la limonade hydrosulfurique, par la limonade sulfurique, par le mercure, par le plomb, par la noix vomique, par les antiphlogistiques, par les calmants, par les révulsifs; enfin, par les vomitifs et les purgatifs.

Je dois dire d'abord, pour qu'on n'attribue pas à l'art ce qui est le fait de la nature, que sur 31 malades atteints de la colique et traités par la diète et la tisane commune, 16 ont guéri dans l'espace de 10 à 15 jours. Les 15 autres voyant leur état empirer ont eu recours à un traitement par les purgatifs qui les a guéris en quelques jours.

Comme le sulfure de plomb est sans action nuisible sur l'économie, MM. Rayer et Chevallier avaient essayé de combattre les accidents produits par le plomb à l'aide d'une limonade hydro-sulfurique ou, ce qui revient au même, à l'aide des eaux de Barèges ou d'Enghien. M. Rayer a bientôt reconnu que la chimie était dans ce cas un guide infidèle.

M. Gendrin, qui a conseillé la limonade sulfurique, attache une haute importance à ce qu'il regarde comme une précieuse découverte. Il affirme avoir guéri plus de 300 malades à l'aide de cette limonade, faite avec 250 centigrammes d'acide sulfurique pour un demi ou un kilogramme d'eau. Les douleurs, dit-il, sont constamment diminuées le second jour, et la guérison a lieu en 3 ou 4 jours.

M. Tanquerel ne croit pas aux bons effets de la limonade sulfurique. Dans la fabrique de céruse de Clichy, que M. Gendrin paraît avoir visitée quelquefois, on n'a pas encore pu arrêter une seule colique à l'aide de la limonade sulfurique. Ce fait a été vérifié à la fabrique même par M. Tanquerel.

MM. Andral, Dalmas et Sandras ont essayé la limonade sulfurique sur 53 individus, et les résultats de ce traitement rapportés en détail par M. Tanquerel prouvent qu'il a été sans action. La maladie s'est comportée comme dans les cas qui n'ont été combattus que par de la tisane commune. MM. Bailly, Piorry et Grisolle n'ont pas été plus heureux dans des essais analogues.

L'alun, préconisé par Richter, Percival, Chapman, etc., et surtout par M. Kapeler, n'a pas paru à M. Tanquerel exercer une beaucoup plus heureuse influence sur la terminaison de la colique.

Le mercure et le plomb ont été, je ne sais sous quel prétexte, essayés contre la colique saturnine.

La noix vomique conseillée par M. Serres paraît à M. Tanquerel n'avoir qu'un effet fort incertain dans ce cas.

La méthode antiphlogistique a compté de nombreux partisans, parmi lesquels nous devons rappeler De Haën, Hoffmann, Gaubius, Astruc, Bordeu, Tronchin, Tissot, Bosquillon, et citer MM. Renauldin, Canuet, Thomas et Palais. On ne peut nier que des guérisons nombreuses n'aient été obtenues à l'aide de ce traitement. Mais il faut ajouter, pour prévenir toute erreur, que ce traitement a été bien rarement administré dans toute sa pureté, c'est-à-dire sans aucun calmant, sans lavements purgatifs.

Stoll, MM. Bricheteau, Martin-Solon et Bouvier ont dû également de nombreux succès à la méthode calmante.

Stoll donnait à chaque malade, en 24 heures, 10 grains d'opium. M. Bricheteau donne 2 grains d'opium en 8 pilules, que le malade doit prendre d'heure en heure.

M. Filhos rapporte cinq observations dans lesquelles on voit l'hydrochlorate de morphine conseillé par MM. Martin-Solon et Bouvier guérir en quelques jours des coliques saturnines très-violentes.

Le traitement prescrit par M. Ranque d'Orléans est tout à la fois calmant et révulsif. Il n'a été employé que par son auteur.

Le traitement révulsif a été fortement recommandé par Dupuytren, qui avait vu un vésicatoire enlever une colique saturnine violente.

Mais de tous ces traitements aucun ne peut être comparé à la méthode purgative. J'ai déjà rappelé que Dioscoride et d'autres anciens avaient vivement préconisé les vomitifs et les purgatifs drastiques contre l'empoisonnement par le plomb. Toutefois, ce n'est que depuis qu'en 1602 des religieux italiens apportèrent en France un remède connu sous le nom de *macaroni*, que le traitement de la Charité fut administré contre les maladies saturnines. Ce remède, d'abord composé d'une partie d'antimoine, et deux de sucre, fut successivement modifié; aussi est-ce beaucoup plus tard qu'on arriva au traitement de la Charité, tel que nous l'ont fait connaître Desbois de Rochefort et M. Mérat.

345 des malades observés par M. Tanquerel ont fait usage du traitement de la Charité. 308 ont guéri. La colique, à partir du jour où le traitement a été commencé, a duré 6 à 7 jours. Sur ce nombre 17 ont éprouvé des rechutes, 12 ont été affectés de paralysie, et 7 d'encéphalopathie saturnine.

Dans presque la moitié des cas la thériaque et l'opium n'ont pas été donnés aux malades, et cependant la durée de la maladie n'a pas été plus longue.

Pas une seule fois, dit M. Tanquerel, le traitement de la Charité n'a développé la gastro-entérite, même lorsque le ventre était sensible à la pression ou qu'il y avait accélération de la circulation.

J'ajouterai que dans trois cas observés par moi, M. Lerminier a administré le traitement complet de la Charité à des malades présentant une colique saturnine accompagnée d'une douleur abdominale très-vive, augmentant à la pression; la langue, sèche et jaunâtre au milieu, était d'une rougeur vive sur les bords; il existait, en outre, un mouvement fébrile incontestable. Le traitement de la Charité a enlevé en même temps la colique et la fièvre. Ces trois faits frappèrent d'autant plus les assistants que la doctrine dite physiologique régnait alors dans toute sa puissance.

Le traitement de la Charité étant assez pénible pour les malades, on a cherché à obtenir les mêmes résultats par une médication analogue, mais moins désagréable. On a essayé tour à tour les lavements drastiques, l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz, etc.; un seul purgatif paraît avoir atteint le but qu'on s'était proposé. C'est l'huile de croton tiglium qu'on administre à la dose d'une goutte dans une cuillerée

Digitized by Google

de tisane. Il faut renouveler le même remède pendant trois ou quatre jours. Sur 460 coliques traitées de cette manière dans les services de MM. Bally et Rayer, 342 ont guéri en quatre ou cinq jours.

Dans 90 cas de colique de plomb, où l'on fit usage des opiacés concurremment avec l'huile de croton, les résultats n'ont été ni plus ni moins avantageux que chez les malades traités par l'huile de croton seule.

Une diète sévère doit être prescrite pendant tout le cours du traitement. Il faut attendre que la douleur ait complétement cessé pour commencer à donner des aliments. Les accidents reviennent souvent avec leur première intensité lorsqu'on permet l'usage des aliments avant la cessation des douleurs.

C'est à tort, dit M. Tanquerel, qu'un grand nombre de praticiens pensent que le meilleur remède de l'arthralgie saturnine, c'est le traitement de la Charité par les purgatifs, les vomitifs et les opiacés. Les purgatifs peuvent être utiles, mais ne sont pas nécessaires pour guérir l'arthralgie, qui doit être combattue par les bains sulfureux preparés avec 150 ou 180 grammes de sulfure de potasse pour chaque *bain*. Déjà M. Mérat avait insisté sur l'utilité des *eaux minérales sulfureuses* dans ces cas.

Ces mêmes préparations sulfureuses ont des effets utiles contre la paralysie saturnine. Mais les deux moyens vraiment actifs qu'on ait opposés jusqu'ici à cette affection sont l'électricité et la strychnine.

15 malades affectés de paralysie partielle des membres supérieurs ont été traités par l'électro-puncture. 8 ont guéri complétement après un temps qui a varié d'un à trois mois. Chez les 7 autres il s'est développé des accidents inflammatoires qui ont forcé le *médecin* de renoncer à ce moyen.

40 malades ont été soumis à l'emploi de la strychnine. Presque tous ont guéri complétement; tous, du moins, ont été soulagés d'une manière extraordinaire.

L'amaurose est de toutes les paralysies celle qui cède le plus promptement à l'électricité et à la strychnine.

L'encéphalopathie est, sans contredit, la plus dangereuse des quatre formes de l'affection saturnine. Sur 89 cas recueillis par les auteurs qu'a consultés M. Tanquerel, on n'a obtenu que 28 guérisons contre 61 terminaisons funestes. Cependant, on a employé contre cette redoutable maladie tous les remèdes les plus actifs. Dans les observations recueillies par M. Tanquerel les résultats sont bien différents. Sur 72 cas d'encéphalopathie, il n'a vu que 16 morts contre 56 guérisons. Quelle est donc la méthode curative à laquelle on doit un aussi beau succès? Cette méthode, messieurs, c'est la méthode expectante. Frappé de l'issue généralement funeste de la maladie quand elle est combattue par des moyens énergiques, M. Rayer a pensé qu'on réussirait peut-être mieux en n'ajoutant pas au trouble du cerveau par des moyens perturbateurs. Honneur à sa prudence et à son heureuse longanimité (1)!

Le traité si consciencieux de M. Tanquerel est terminé par l'indication des moyens préservatifs qui doivent être mis en usage dans toutes les fabriques où on travaille le plomb, ou qui doivent être conseillés aux ouvriers qui emploient les préparations saturnines. Je ne suivrai pas l'auteur dans tous les développements utiles auxquels il se livre. Qu'il me suffise de faire remarquer que M. Tanquerel ayant fait connaître les voies par lesquelles pénètre le poison, il ne s'agit plus, pour en préserver les ouvriers, que de fermer ces voies d'absorption en leur laissant le libre usage des yeux et des mains. Espérons, messieurs, que l'autorité et les savants qui sont chargés de veiller à la salubrité de la capitale ne négligeront pas les moyens indiqués par l'auteur, pour préserver des maladies saturnines les nombreux ouvriers qui sont exposés aux émanations de plomb.

Tel est le savant et utile ouvrage de M. Tanquerel. Je dois dire, avant de le quitter, qu'à la fin de la description de chacune des maladies saturnines l'auteur a rapporté, avec tous les détails nécessaires, un grand nombre d'observations particulières sur lesquelles reposent les propositions qu'il a cru devoir émettre, et qui, conséquemment, fournissent des preuves multipliées de la vérité de ce qu'il a annoncé. Tous ceux d'entre vous, messieurs, qui ont écouté avec quelque attention l'analyse que vous m'avez chargé de vous présenter, auront été frappés d'un fait qui domine tous les autres : c'est sur le système nerveux que le plomb porte principalement, spécialement son action.

---

(1) On trouve dans la Clinique médicale de M. Cayol (p. 75) l'histoire très-curieuse d'un cas d'encéphalopathie saturnine. Il s'agit d'un peintre en bâtiments, âgé de 27 ans, qui, après plusieurs atteintes de colique de plomb, dont la dernière venait d'être traitée par les antiphlogistiques, fut pris tout à coup de cécité, de trismus et de fièvre. Le serrement des mâchoires était tel, qu'on ne parvint qu'avec beaucoup de difficulté à faire avaler au malade deux ou trois gouttes de croton tiglium, qui amenèrent des évacuations alvines, lesquelles furent suivies de soulagement. L'extrait aqueux d'opium, donné d'abord à la dose de trois grains, et ensuite à la dose de huit grains, fit cesser successivement le trismus, la cécité et la fièvre.

M. Cayol a tiré grand parti de ce fait remarquable de médecine pratique pour faire comprendre à ses élèves combien, dans ce cas, les données fournies par l'anatomisme et le *physiologisme* étaient propres à induire dans des erreurs funestes ; il a montré, par opposition, comment une juste appréciation de la cause de la maladie et des dispositions individuelles du malade avait conduit le médecin à un traitement rationnel et vraiment héroïque.

Digitized by Google

Il rend douloureux les nerfs de la vie de nutrition et les nerfs de la vie de relation. Il paralyse le mouvement et le sentiment; il pervertit l'intelligence et la volonté; il entrave la respiration ou l'arrête; il diminue et peut suspendre toutes les sécrétions.

Observer l'action du plomb sur l'économie, c'est donc avoir sous les yeux des expériences sur un des plus puissants modificateurs du système nerveux; c'est donc assister, en quelque sorte, à l'origine, à la création d'un grand nombre d'affections nerveuses.

Une fois introduit dans le sang, le plomb agit sur les ganglions nerveux de l'abdomen, sur les nerfs des membres supérieurs et inférieurs; enfin, sur la moelle, sur le cerveau et sur les nerfs qui partent de ces centres nerveux.

Il faut savoir, en effet, que les nerfs cérébraux ne sont pas plus épargnés que les nerfs spinaux. M. Tanquerel a cité des faits qui prouvent que les nerfs de la cinquième, de la septième, de la neuvième paire ont été atteints. L'extinction plus ou moins complète de la voix, une douleur qui paraît remonter le long de l'œsophage, le sentiment de la boule hystérique observé chez trois hommes atteints de colique saturnine, semblent indiquer que la huitième paire est accessible à l'action du plomb. Ce qui m'autorise à penser que la boule hystérique tient à une affection de la huitième paire, c'est une observation que j'ai eu l'honneur de vous communiquer il y a déjà dix ans. Il s'agissait d'une femme de chambre qui, après avoir habité un appartement très-humide, ressentit une névralgie du nerf cubital: cette névralgie fut subitement remplacée par la sensation douloureuse d'un corps globuleux qui monterait du cardia jusqu'au larynx. Cette sensation persista jusqu'à ce qu'à l'aide de moyens irritants je parvins à appeler la névralgie sur le nerf sciatique. La malade n'avait jamais ressenti la boule hystérique avant cette métastase névralgique; elle ne l'a jamais ressentie depuis.

Si cette vue, que je livre à vos méditations non sans quelque hésitation, vous paraît mériter attention, je vous entretiendrai avec un peu plus de confiance d'une autre remarque relative à l'épilepsie, ce redoutable accident de l'intoxication saturnine. L'étude attentive des accès épileptiques occasionnés par le plomb ne pourrait-elle pas nous mettre sur la voie pour reconnaître le siége anatomique de cette cruelle maladie? Quelques observations pourraient porter à le croire.

Le 26 mars 1826 est entré à la Charité, salle Saint-Louis, n° 18, Lambroy, âgé de 26 ans, d'un tempérament sanguin, préparateur de couleurs depuis plusieurs années. Quinze mois auparavant, il avait été traité et guéri d'une colique saturnine.

Le 27, à la visite de M. Lerminier, nous trouvons le malade en proie à un accès d'épilepsie qui a duré douze heures, et pendant lequel le pouls faible et lent a été quelquefois intermittent. Immobilité des pupilles; insensibilité complète; secousses convulsives; écume à la bouche.

Le 28, céphalalgie générale et intense, somnolence; yeux larmoyants; parole difficile; léger trouble dans les idées; mouvement des membres gêné et peu étendu; langue jaunâtre et sèche. (Saignée de quatre palettes.)

Le 29, aucun changement notable. (Lavement purgatif des peintres.)

Le 30, moins d'assoupissement; paroles et mouvements plus libres; pouls lent, sans tension remarquable; langue toujours jaunâtre et sèche. (Lavement purgatif.)

Le 31, le malade a éprouvé hier un accès épileptique qui n'a duré qu'une heure; air hébété; pouls faible et d'une fréquence ordinaire. (Vésicatoires aux jambes.)

Le 1er avril, nouvel accès très-violent; face pâle et couverte d'une sueur visqueuse; mouvements convulsifs des muscles de la face, égaux des deux côtés.

Le 2 avril, à la suite de son dernier accès qui a duré quinze heures, le malade est resté dans un état comateux avec râle trachéal, état qui s'est prolongé ce matin.

Mort à midi. Nécropsie, vingt-quatre heures après la mort.

Méninges saines, mais d'une sécheresse remarquable; circonvolutions cérébrales très-aplaties; cerveau d'une consistance très-ferme; substance grise non altérée; substance médullaire d'une blancheur éclatante et notablement sèche; pas de sérosité dans les ventricules; cervelet sain, mais d'un petit volume; sinus de la base du crâne gorgés d'un sang noir et liquide.

Vers la troisième vertèbre dorsale existait une légère courbure de la colonne vertébrale.

Le canal vertébral ouvert avec soin dans toute son étendue, on vit que l'enveloppe fibreuse, saine dans toutes ses parties, était très-distendue dans la région lombaire. Aussitôt qu'on eut fait une incision en cet endroit, une sérosité sanguinolente jaillit en grande quantité (100 à 120 gr.).

La moelle épinière dans l'endroit correspondant à la déviation offrait, dans 9 à 10 centimètres d'étendue et à sa face postérieure, un ramollissement blanchâtre, sans injection des vaisseaux ambiants, pénétrant à 2 ou 3 millimètres de profondeur.

Les viscères contenus dans le thorax et l'abdomen ne nous présentèrent rien de remarquable; un examen attentif du trisplanchnique fit voir le ganglion semi-lunaire du côté droit très-développé, tandis qu'à gauche on ne remarquait qu'un plexus

Digitized by Google

peu considérable tenant la place du ganglion semi-lunaire de ce côté. (Cette autopsie a été faite en ma présence par M. le professeur Andral.)

Chez deux autres malades atteints de colique saturnine et soumis au traitement de la Charité, j'ai pu voir la douleur monter progressivement le long de la colonne vertébrale, et déterminer l'épilepsie lorsqu'elle avait atteint la région cervicale.

Ces faits, je le sais, sont trop peu nombreux pour m'autoriser à conclure que l'épilepsie a sa cause organique dans la partie cervicale de la moelle; mais ils suffiront peut-être pour appeler votre attention sur ce point, surtout si vous vous rappelez que Marshall-Hall regarde la moelle comme le centre exclusif des nerfs excito-moteurs, et si j'ajoute qu'un médecin qui a observé un grand nombre d'épileptiques est fortement porté à placer dans la partie supérieure de la moelle le siége anatomique de l'épilepsie.

Une autre maladie produite également par le plomb pourrait nous offrir quelques considérations importantes; je veux parler de la paralysie.

Et d'abord, il résulte de l'étude des affections saturnines que la paralysie plus ou moins partielle, plus ou moins générale d'un membre, peut exister sans lésion appréciable du cerveau, de la moelle et des nerfs.

La connaissance de la paralysie saturnine nous apprend encore que la paralysie peut persister quand sa cause a disparu, et qu'elle peut cesser quand sa cause existe encore dans l'économie.

D'autres remarques non moins curieuses pourraient être multipliées ici; mais je me hâte d'arriver à un point d'une bien plus haute importance pour la thérapeutique.

Les préparations saturnines ont une action incontestable sur toutes ou presque toutes les sécrétions normales ou anormales qu'elles diminuent ou qu'elles suppriment. C'est dans ce sens que le plomb a été employé de nos jours par M. Fouquier, par Dupuytren, par beaucoup d'autres médecins et plus anciennement par Ettmuller, Hoffmann, Vogel, Cullen, Tissot, etc. Mais le plomb ne peut exercer une influence aussi puissante sur les sécrétions, qu'en modifiant le système nerveux qui préside à la formation des produits sécrétés. Ce sont donc les nerfs que je nommerai sécréteurs qui sont atteints primitivement. Quels seront les meilleurs moyens que la matière médicale nous fournira pour combattre cet état maladif de telle ou telle partie du système nerveux? Ces moyens, messieurs, seront justement ceux qui agiront sur le système nerveux de manière à rétablir les sécrétions diminuées ou supprimées. C'est ainsi, si je ne me trompe, qu'on doit se rendre raison des merveilleux succès du traitement de la Charité dans la colique de plomb.

Ce fait, au reste, est loin d'être isolé.

Qui ne sait que la névralgie dentaire cède souvent à une augmentation de la sécrétion salivaire produite par un excitant, par de la pyrèthre par exemple?

Que faisons-nous lorsque nous appliquons des vésicatoires sur le trajet d'un nerf atteint de névralgie, si ce n'est provoquer une sécrétion anormale qui souvent enlève la douleur?

Combien de fois des névroses plus ou moins intenses n'ont-elles pas cédé à la suite de sécrétions extraordinaires de larmes, de bile, d'urine, de sueurs? Dirai-je que j'ai donné des soins pendant plusieurs années à une demoiselle pleine de vie et de santé qui, chaque hiver, était retenue au lit pendant des semaines, pendant des mois entiers, par des accidents histériques qui se succédaient sans cesse, jusqu'à ce que des évacuations bilieuses vinssent mettre fin à des symptômes souvent inquiétants. Rappellerai-je que les anciens attachaient une grande importance à provoquer des évacuations abdominales dans toutes les névroses cérébrales?

Je m'arrête, messieurs; je crois en avoir dit assez pour prouver tout l'intérêt que pourrait offrir la question suivante :

Déterminer, par de nouvelles recherches, quelle peut être l'utilité du rétablissement ou de l'augmentation des sécrétions, normales ou anormales, dans le traitement des névralgies et des névroses?

Revue médicale. — Février 1840.

Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers, etc., par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux. — Première livraison, AB-AM. Bruxelles, Société Encyclographique, rue de Flandre n° 155.

On a élevé beaucoup d'objections contre les dictionnaires; on s'est récrié sur cet ordre alphabétique, qui n'est en réalité que l'absence de tout ordre; et cette dernière raison a paru accablante à beaucoup de bons esprits. Ne pourrait-on pas répondre cependant que, pour les sciences médicales, comme les classifications jusqu'ici proposées ont toujours offert fort peu d'avantages et beaucoup plus d'inconvénients, l'ordre alphabétique, qui a du moins cette haute utilité que le lecteur sait à coup sûr où trouver ce qu'il cherche, et qui n'enferme pas l'esprit dans des divisions et subdivisions arbitraires, justifie jusqu'à un certain point la préférence qu'on lui accorde? D'ailleurs, en dehors de toute discussion le fait existe; aucun grand traité de médecine ou de chirurgie n'oserait se présenter avec le développement que l'on accorde aux dictionnaires; tandis que ceux-ci entrent dans les bibliothèques et que le succès leur semble acquis par avance, dès l'instant de leur apparition.

Il reste pourtant bien quelques reproches à adresser à la plupart de ces publications. En arrivant à une

certaine étendue, elles deviennent fort dispendieuses; et en France, où le corps médical n'est rien moins que riche, c'est une considération qui ne saurait être négligée. De cette étendue découlent encore d'autres inconvénients; il faut de longues années pour mener à fin ces lourdes entreprises; et trop souvent les premiers volumes sont en arrière de la science, lorsque paraissent les derniers. Il faut un grand nombre de collaborateurs dont les idées jurent quelquefois de se trouver si voisines; l'unité manque, et cette espèce d'anarchie se révèle encore, et par les doubles emplois et par les omissions.

Voici une entreprise nouvelle dont le directeur paraît avoir mûrement médité sur toutes ces difficultés, car il n'en a laissé aucune sans la résoudre. Il promet de se resserrer dans quatre volumes de 600 pages chacun, à deux colonnes, ce qui donnera à la partie chirurgicale, par exemple, autant d'étendue qu'en a le dictionnaire de Samuel Cooper, presque autant que le grand ouvrage de Boyer, cela peut suffire. Un directeur unique, douze livraisons paraissant de mois en mois, en sorte que la publication sera terminée en un an; enfin le prix des quatre volumes réduit à 24 francs, pris à Paris; il est certain que jamais entreprise de ce genre ne s'est présentée avec autant de chances de succès. Que la rédaction réponde seulement au reste, et son succès est assuré.

Analyser tous les dictionnaires anciens et nouveaux, compulser tous les traités dogmatiques, fouiller tous les journaux, puiser dans toutes les monographies, c'est beaucoup promettre sans doute; mais du moins aperçoit-on là un plan raisonné, et pour toute l'œuvre, et pour chaque article en particulier, et un plan très-simple et très-vaste à la fois, et le meilleur que l'on eût pu se proposer peut-être. Nous avons sous les yeux la première livraison, comprenant, en fait d'articles capitaux, les mots *Abcès, Accouchement, Aliénation mentale, Amaurose, Alopécie, Allaitement*, sans parler de quelques autres d'une moindre étendue, *Abdomen (pathologie), Acupuncture, Acides, Aménorrhée*. Ils nous ont paru bien complets, exposant fidèlement les doctrines et les faits, ordinairement par voie d'analyse, souvent par des citations littérales, et, ce que nous louerons particulièrement, avec le soin d'indiquer toujours exactement les sources. Les deux dictionnaires les plus récents, celui *de médecine et de chirurgie pratiques*, et l'autre en vingt-cinq volumes, y sont d'abord très-bien analysés; mais nous avons vu avec plaisir que les rédacteurs avaient étendu bien davantage le cercle de leurs recherches; et l'article *Abcès*, par exemple, se recommande par une richesse de faits et une netteté d'exposition, où l'on ne trouverait peut-être à reprendre qu'un léger penchant au néologisme. Ce début peut donc être regardé comme très-satisfaisant; et si le nouveau dictionnaire se soutient à cette hauteur, on peut prédire à coup sûr qu'il fera à tous les autres une redoutable rivalité.

Emploi de l'emplâtre de belladone dans les cas de palpitations nerveuses.

Le docteur Seccipson fait appliquer cet emplâtre sur la région du cœur pour calmer les violentes palpitations, et le docteur Laycock dit avoir retiré de grands avantages de cette pratique.

Voici la composition de l'emplâtre de belladone:

Extrait alcoolique de belladone	9 gros	(36 gr.)
Résine élémi	2 gros	(8 gr.)
Cire	1 gros	(4 gr.)

Faites dissoudre la cire et la résine, incorporez l'extrait.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Février 1840.

Mort de Blumenbach.

M. Arago donne, d'après une lettre de M. Humboldt, quelques détails sur les derniers moments du célèbre Blumenbach, un des huit associés étrangers de l'Académie; l'illustre vieillard s'est éteint à Gœttingue le 22 janvier, à l'âge de 88 ans, sans souffrance et sans redouter la mort qu'il voyait approcher. « Je sais bien, dit-il, peu de temps auparavant, qu'elle a frappé à ma porte, mais je ne lui ai pas encore dit d'entrer. »

Mort d'Omodei.

M. le président annonce à l'Académie la mort d'un de ses correspondants étrangers, le docteur Omodei.

M. LEROY-D'ETIOLLES présente à l'Académie des instruments qu'il a imaginés pour extraire sans incision une épingle tombée dans la vessie d'une femme et introduite par l'urètre.

L'un de ces instruments est basé sur le mécanisme du lithomètre de M. Leroy ou du brise-pierres de M. Heurteloup; l'autre est la pince d'Astley-Cooper modifiée.

Pour extraire une tige allongée à travers un canal étroit, il faut ou qu'elle se place suivant la longueur du canal ou qu'elle se plie en deux, de manière que ses bouts soient dirigés en arrière; les instruments de M. Leroy-d'Etiolles produisent ces deux effets : l'épingle, par exemple, saisie en travers est forcée de tourner sur elle-même, de se placer en long dans la direction de l'instrument et de le suivre dans son mouvement de sortie.

Par un léger écartement ménagé entre les deux branches élastiques de l'instrument, M. Leroy-d'Etiolles montre que l'on peut extraire des portions de brise-pierres dont une manœuvre imprudente aurait amené la rupture. Il dépose sur le bureau l'épingle qu'il a extraite et les divers instruments dont nous venons de parler.

M. BARTHÉLEMY lit au nom de la section de médecine vétérinaire un rapport sur l'élection qui doit avoir lieu prochainement; le nombre des candidats sur lesquels l'Académie est appelé à voter a été fixé à 6 par la commission. Ces conclusions sont adoptées.

GAZETTE MÉDICALE. — Février 1840.

Digitized by Google

TABLE

ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

Digitized by Google

FIN DE LA TABLE.

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

L'ABEILLE ET L'OBSERVATEUR MÉDICAL

RÉUNIS.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR J.-E. LEQUIME,

DOCTEUR EN MÉDECINE, MÉDECIN DES HOSPICES DE PACHÉCO, DES URSULINES ET DE STE.-GERTRUDE, SECRÉTAIRE DE LA COMMISSION MÉDICALE DE LA VILLE DE BRUXELLES, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES, ETC.

TOME DEUXIÈME.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1840.

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES MONSTRUOSITÉS PAR INCLUSION;

Par M. Victor Szokalski, docteur en médecine et en chirurgie des Facultés de Gissen et de Paris.

Les anomalies curieuses dont M. Velpeau vient de rencontrer un si bel exemple ont été déjà bien des fois observées dans l'histoire de l'art. A en voir les cas qui sont consignés dans les auteurs, il est facile de juger que les *monstruosités par inclusion* ne sont pas aussi rares qu'on le pense généralement. Ces observations se montent à environ une centaine; mais plusieurs d'entre elles ne sont rapportées qu'à titre de curiosité pathologique, et ne peuvent par conséquent guère servir pour étayer une théorie.

Nous ne voulons pas (et l'on doit s'y attendre), rapporter ici toutes ces observations : ce travail aussi fastidieux qu'inutile ne servirait tout au plus qu'à faire croire que nous voulons étaler de l'érudition, ce qui certes serait aisé après les travaux de MM. Ollivier (1), de Lesauvage (2), de Geoffroy-Saint-Hilaire (3), de Himly, etc. (4).

Nous ne voulons pas davantage analyser toutes les opinions qui ont été émises sur les causes des *monstruosités par inclusion*? un volume suffirait à peine à ce travail. Nous avons encore moins en vue de comparer entre eux, les cas particuliers, pour faire voir leur plus ou moins de ressemblance sous le rapport du développement des fœtus enfermés : ces deux tâches appartiennent aux naturalistes, et qui oserait parler de ce sujet après Himly et M. Geoffroy-Saint-Hilaire. Notre but est de traiter cette question sous le point de vue pratique, et d'examiner quelles conquêtes la chirurgie peut faire sur ce terrain.

Ainsi donc, ce ne sont point les *monstruosités par inclusion* que nous étudierons, mais bien les *tumeurs contenant des débris de fœtus*, ce qui est bien différent : nous entrerons dans les détails de leur étiologie, de leur diagnostic, et nous terminerons par le traitement que l'on doit employer contre elles.

Quelles que soient les préventions que nous ayions contre les hypothèses, nous y revenons cependant toujours, et presque malgré nous, dans les sciences, parce que notre esprit est fait de telle sorte qu'il a besoin d'un principe, d'une connexion, pour lier les différents groupes de faits qu'il étudie. Il lui faut une théorie, et quelque insuffisante qu'elle soit, il la préfère encore à ce chaos inextricable et obscur d'observations jetées pêle-mêle, qu'il ne peut réunir dans un même cadre ni rapprocher par un même système. Or, c'est précisément d'une théorie semblable que nous avons besoin dans le sujet qui nous occupe; en effet, pour expliquer la présence de débris de fœtus dans certaines tumeurs, il faut nécessairement admettre de deux choses l'une : ou bien que de deux germes d'abord parfaitement isolés, l'un a pénétré dans l'autre par des causes et un mécanisme dont nous ne pouvons pas nous rendre compte, ou bien qu'ils se sont trouvés réunis de prime abord dans un seul et même ovule. L'une de ces deux explications admises, le fait d'un fœtus *inclus* dans un autre n'a plus rien d'étonnant. Sans avoir besoin de nous justifier par des motifs et un long raisonnement, ce qui serait, du reste, déplacé dans cet article, nous déclarons tout d'abord que nous adoptons la seconde hypothèse, qui a été soutenue par Santo-Fattori et Himly, savants dont les noms seront à tout jamais attachés à l'histoire des *monstruosités par inclusion*.

On sait qu'on trouve quelquefois deux germes dans une graine, ou dans un œuf d'oiseau. Supposons, pour un instant, deux germes égaux et semblables dans un ovule de de Graaf : que cet ovule se développe en dedans ou en dehors de la matrice, ne peut-on pas concevoir que l'un des germes, par des circonstances que nous ne pouvons apprécier,

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. xv.
(2) *Mémoire sur les monstruosités par inclusion*. Caen, 1829.
(3) *Tératologie*, iii vol., 291 pages.
(4) *Geschichte des Fœtus in Fœtu*. Hanover, 1831.

Digitized by Google

prendra un peu plus tôt ou un peu plus tard de la prédominance sur l'autre? Dès lors ce germe prédominant se développera progressivement jusqu'à ce qu'il ait atteint son plus haut point de perfection; il grandira, étouffant pour ainsi dire son congénère, qui, arrêté dans son développement et dans ses progrès organiques, restera à l'état rudimentaire accolé, ou plutôt *inclus* dans le corps du premier germe. Nous appellerons, avec M. Geoffroy-Saint-Hilaire, le premier *autosite*, et le second *parasite*. Le moment où se fait cette prédominance d'un des germes sur l'autre n'est pas toujours le même, il peut arriver plus tôt ou plus tard après la conception, et c'est ce qui explique pourquoi nous trouvons dans les tumeurs qu'ils forment les traces d'une organisation plus ou moins avancée.

A partir du moment de l'*inclusion*, chacun des germes vit à sa manière. Leur histoire est d'une trop grande importance sous le point de vue médical, pour que nous la passions sous silence. Le *parasite* est retardé dans son accroissement, comme nous l'avons déjà dit; il végète aux dépens de son frère, et il mérite justement le nom que lui a donné notre savant naturaliste. Il est enveloppé d'une membrane qui adhère fortement aux organes de l'*autosite* Dans cette membrane se ramifient des vaisseaux qui, s'anastomosant avec ceux de ce dernier, forment tantôt un réseau, tantôt une espèce de cordon qui fournit des veines et des artères au corps du *parasite*. Dans aucun *parasite* on n'a encore trouvé de cœur, ni aucun organe qui puisse pourvoir à une circulation à part et isolée de la grande circulation de l'*autosite*. La vie du *parasite* se borne aux fonctions végétatives du dernier ordre. On a souvent trouvé des cheveux d'une longueur considérable, des dents très-développées, de la matière graisseuse en grande quantité, et ces faits s'expliquent facilement par le peu de vitalité qu'ils exigent pour leur formation. Le *parasite* peut exister ainsi pendant de longues années après la naissance de son frère, qui souvent ne se doute pas même qu'il porte avec lui deux existences.

Il est bon de remarquer ici que le *parasite*, primitivement destiné par la nature à devenir homme, existe ici comme un squirrhe ou un lipôme, et que l'analogie nous autorise jusqu'à un certain point à regarder ces tumeurs comme ayant une manière d'être propre et individuelle et vivant à part aux dépens de l'organisme. Mais quittons cette idée et rentrons dans la voie de l'observation et de la pratique.

Le *parasite* peut quelquefois mourir, l'*autosite* persistant à vivre: quand nous disons *mourir*, nous ne prenons pas ce mot dans l'acception ordinaire qu'on lui donne. Le *parasite* ne vit que d'une vie purement végétative, et meurt comme meurt, par exemple, un lambeau de tissu cellulaire ou graisseux. Cette mort entraîne une réaction de la part des organes circonvoisins de l'*autosite*; une inflammation surgit, un travail éliminatoire s'établit, travail qui compromet la santé de l'*autosite* et auquel il peut même succomber par suite de l'intensité et de l'étendue de la réaction: nous reviendrons tout à l'heure sur ce sujet.

Passons actuellement au germe principal, à celui qui a pris sur le second une prédominance si marquée, dans l'espèce de lutte que nous avons signalée tout à l'heure. Il éprouve aussi, lui, quelque gêne dans son développement; son organisation en souffre plus ou moins; et quand il naît, on ne tarde pas à apercevoir quelque trouble dans les fonctions de son économie. Il n'est jamais monstrueux, mais il est toujours affecté, dans la partie qu'occupe le *parasite*, d'une conformation plus ou moins vicieuse qu'il est quelquefois très-difficile d'apprécier. La présence du *parasite* n'exclut pas toujours, à beaucoup près, la viabilité de l'*autosite*, mais elle le dispose à diverses maladies plus ou moins graves suivant le siége et le degré de développement du parasite.

M. Geoffroy-Saint-Hilaire divise les *monstruosités par inclusion* en externe et en interne; nous suivrons la même marche pour l'histoire des tumeurs qui en résultent. Nous rangerons dans la première classe, les tumeurs qui siégent dans la peau ou plus profondément, soit immédiatement sous la peau, soit dans les couches celluleuses ou même musculaires qui doublent le tégument externe; et, dans la seconde classe, celles qui ont leur siége dans les viscères. Les premières rentrent complètement dans le domaine de la chirurgie, tandis que les secondes, au contraire, appartiennent de toute évidence à la pathologie interne.

Les tumeurs, soit internes, soit externes, dont nous nous occupons actuellement, nous présentent toujours deux caractères constants, invariables: 1° *Elles sont toujours congéniales*. Il n'est, en effet, dans les annales de la science, aucune observation bien constatée qui nous prouve que les tumeurs contenant des débris de fœtus puissent se développer spontanément pendant la vie extra-utérine de l'individu qui les porte. Ce caractère est constant, mais il n'est pas toujours de grande utilité pour le diagnostic, car il arrive très-souvent que le malade ne peut affirmer s'il a apporté cette tumeur en naissant; ce qui a lieu surtout dans les cas d'inclusion interne. 2° Le second caractère, plus concluant et véritablement pathognomonique, consiste dans l'expulsion au dehors des matières contenues dans la tumeur. Nous avons déjà dit que ces matières sont des débris du fœtus: ce sont alors des os, des cartilages, de la matière cérébrale, des dents, des cheveux, etc., etc. Il est certain que si ces éléments sont arrangés de telle sorte qu'ils rappellent exactement la structure du corps humain, il sera impossible de les méconnaître, et personne en les voyant ne contestera la présence d'un fœtus dans la tumeur. Mais si ces mêmes éléments, isolés, sans

Digitized by Google

harmonie aucune, au nombre d'un seul, ou de quelques-uns tout au plus, se présentent dans une tumeur, pourront-ils nous autoriser à déclarer que cette tumeur contient des debris de fœtus? Assurément, non. Eh! ne savons-nous pas qu'il est certains états pathologiques des organes, dans lesquels peuvent se développer des dents, des os, des cheveux, de la matière encéphaloïde? Morgagni a trouvé dans la tente du cervelet un kyste rempli de graisse et de cheveux. — Barnes nous fait l'histoire d'un autre kyste contenant une dent, et qui siégeait dans l'orbite : étaient-ce donc là des débris de fœtus? qui voudrait le supposer? Personne, je pense, ne reprochera à M. Geoffroy-Saint-Hilaire de ne vouloir pas les considérer comme tels. Mais si des produits morbides peuvent ressembler à des débris de fœtus, comment, dans un cas douteux, les distinguer l'un de l'autre? Par les commémoratifs, répondra-t-on, peut-être; mais si les commémoratifs manquent? Voilà le point difficile du diagnostic; c'est là que se trouve l'embarras dont il est souvent impossible de se tirer. Toutefois, il y a des cas qui donnent pour le diagnostic des indications plus précises; tel est, par exemple, celui que nous venons d'observer dans la clinique de M. Velpeau; mais ce cas est unique dans les fastes de la science; ce qui peut expliquer pourquoi un diagnostic semblable à celui du célèbre professeur de la Charité n'a jamais été porté depuis l'existence de l'art.

Mais passons à la première classe des tumeurs qui contiennent des débris de fœtus, c'est-à-dire aux tumeurs externes.

Parmi quarante observations de monstruosité par inclusion dix-huit appartiennent à cette catégorie; mais remarquons bien que ces quarante observations dont nous parlons sont choisies dans une foule d'autres qui n'offrent ni assez de précision ni assez de garantie d'authenticité.

De ces dix-neuf tumeurs externes, l'une était placée au cou (1), une autre à l'épigastre (2), une troisième au pubis (3); onze au sacrum et cinq au scrotum; d'où il résulte que les tumeurs du sacrum et du scrotum sont évidemment les plus fréquentes. Les tumeurs du sacrum occupaient, soit la région sacrée, soit la région sacro-périnéale. La plupart étaient mobiles : elles étaient riches en vaisseaux sanguins, fluctuantes; quelques-unes même laissaient sentir des corps durs placés dans leur intérieur : elles descendaient quelquefois jusqu'au genou et même au-dessous. Une ponction pratiquée sur elles en laissait échapper une grande quantité de liquide. Il est à regretter que l'on ait souvent négligé d'étudier la disposition anatomique des parties voisines. Dans un cas, l'anus était imperforé (Wedemeyer) (1). Dans d'autres, l'anus et les parties génitales se trouvaient refoulés en avant (Huxham) (2). Un autre (3) présentait une division de la colonne vertébrale et l'absence de la *queue de cheval*. Dans un autre, les membres inférieurs avaient souffert dans leur développement, etc., etc. Ces observations ont été toujours faites sur des nouveau-nés, on a pu les confondre avec des lipômes, des hydrorachis, etc. La plupart des enfants succombèrent peu de temps après la naissance

Quoique l'art ait eu plus de succès contre les tumeurs scrotales, nos connaissances sur ces tumeurs ne sont pas néanmoins beaucoup plus avancées. Leur siége précis et leur rapport avec le testicule n'a pas été bien indiqué, et nous ne savons pas au juste si elles se trouvent le plus souvent dans les enveloppes externes des bourses, ou si elles sont contenues dans ces parties qui descendent de l'abdomen. L'observation de M. Velpeau est la première de ce genre, qui nous prouve jusqu'à l'évidence que la tumeur peut être sous cutanée, et n'avoir aucun rapport de connexion avec le testicule. Dans le cas rapporté par Wendt (4) la tumeur paraissait siéger entre les deux tuniques vaginales. Le cas recueilli à la Charité est un exemple de ces tumeurs restées stationnaires, et n'ayant jusqu'à l'âge de 21 ans de l'individu, révélé sa nature par aucun symptôme fâcheux; mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi pour ces anomalies; quelquefois la tumeur croît et provoque une violente réaction de la part des organes qui l'entourent, réaction qui met la vie du sujet en un danger plus ou moins grand, plus ou moins prochain. Le cas cité par Wendt appartient à cette classe; il n'est donc alors aucun moyen de guérison que dans l'extirpation de la tumeur qu'il faut faire le plus promptement possible.

En parlant des tumeurs scrotales renfermant des débris de fœtus, nous ne pouvons passer sous silence, mais seulement à titre de curiosité, l'opinion que Duverney avait émise en 1666, à l'Académie des sciences sur la formation des tumeurs dont nous parlons. Ce chirurgien pense qu'il peut se trouver dans le *scrotum des masses polypeuses auxquelles le hasard ou des circonstances inconnues pourraient donner une fausse apparence de fœtus*.

Passons aux tumeurs qu'on rencontre dans les cavités splanchniques et qui sont du domaine de la pathologie interne.

Si l'indication précise du siége des tumeurs externes a été négligée le plus souvent par les observateurs, à bien plus forte raison l'a-t-elle été pour les tumeurs rencontrées dans les cavités splanchni-

(1) Daubenton, *Histoire naturelle de Buffon*, vol. XIV, p. 381.
(2) Gaither, *Medical Repository of* New-Yorck, 1810.
(3) *L'histoire de l'Académie des Sciences*, 1746, p. 41.

(1) *Journal de Graefe*, vol. IX, p. 114.
(2) *Philosoph. Transact.*, vol. XXXXV, p. 17,48.
(3) Himly, *Loc. cit.*
(4) *Bulletin des Sciences médicales*, vol. XV, p. 21.

Digitized by Google

ques. C'est à peine si l'on trouve quelques observations, recueillies même dans ces derniers temps, qui soient exemples de ce reproche. Le plus souvent, les auteurs se sont contentés de remarquer en termes généraux qu'il se trouvait dans le ventre de tel ou tel individu, une tumeur contenant des débris de fœtus. Nous ne pouvons donc être nous-même très-exact sous ce rapport.

Parmi vingt-deux cas de tumeurs internes contenant des débris de fœtus, nous en trouvons dix-huit siégeant dans l'abdomen, une dans le médiastin antérieur (1), une dans l'ovaire (2) et deux dans la matrice, bien entendu, avant que la conception eût été possible.

L'analyse des meilleures observations de ces tumeurs abdominales donne pour résultat que la tumeur est toujours placée hors de la cavité péritonéale, et qu'elle est le plus souvent placée dans la partie supérieure de l'abdomen; à l'appui de cette assertion, nous pourrions citer les cas de Young (3), de Dupuytren (4), de Hyghmore (5), de Lentin (6), de Ruysch (7), etc.; et si les observations à venir confirment cette remarque, on en pourrait peut-être retirer quelque utilité dans le diagnostic des tumeurs qui nous occupent, d'avec les grossesses abdominales qui, comme on le sait, siégent toujours dans la cavité péritonéale.

Toutefois, la lecture qui a été faite au sein de l'Académie des Sciences dans l'année 1836 (8) prouve que la distinction de ces phénomènes, quoique souvent d'une très-haute importance, est hérissée quelquefois de difficultés insurmontables.

Les tumeurs abdominales qui nous occupent peuvent exister quelquefois pendant toute la vie de l'individu, sans se révéler par aucun signe, et sans danger aucun pour la santé de celui qui les porte. La *Gazette de Francfort* du mois de mars 1831 rapporte l'observation d'un homme de 50 ans chez lequel, à l'autopsie, on a trouvé une tumeur contenant des débris de fœtus, et dont on n'avait eu aucun soupçon pendant la vie. Cependant ces cas sont fort rares, peut-être parce que l'attention des observateurs n'a pas été portée vers ce point. Le plus souvent, ces tumeurs provoquent des désordres dans un âge plus ou moins avancé; et ces désordres arrivent ordinairement vers les périodes critiques de la vie, comme l'époque de la dentition, de la puberté, etc. Les sujets observés par Dupuytren, Hyghmore, Lentin, ont éprouvé ces accidents vers leur quinzième année. L'enfant dont parle Young a succombé vers son neuvième mois.

Les moyens que la nature emploie pour éliminer ces *parasites*, quand ils cessent de vivre au milieu du corps, sont différents. Quelquefois, à la suite d'une violente inflammation qu'ils déterminent, il se forme des fistules dans les parois de l'abdomen d'où les débris du fœtus sont expulsés, pour ainsi dire, un à un; tel est le cas cité par Lentin et qui eut une terminaison heureuse. D'autres fois une communication s'établit entre le kyste et l'intestin par lequel la tumeur se vide. On peut observer une tendance vers cette terminaison dans le cas de Dupuytren; car sur la fin de la vie du sujet on avait remarqué des selles fétides et ichoreuses, et à l'autopsie on découvrit une fistule de nouvelle formation, qui faisait communiquer le colon avec l'intérieur de la tumeur. On a vu aussi des débris de fœtus rendus par les vomissements : tel est le fait cité par Ruysch. Mais les forces du malade ne suffisent pas toujours à ce travail d'élimination, si sagement calculé par la nature, et alors il succombe, soit à une inflammation viscérale aiguë, soit à une émaciation extrême, à la phthisie, à la fièvre hectique, et dans le dernier degré du marasme.

Il est facile de concevoir, d'après tout ce que nous avons dit, les difficultés excessives qui entourent le diagnostic des tumeurs abdominales contenant des débris de fœtus.

Aucune de ces tumeurs n'a encore été reconnue pendant la vie. Peut-être cependant pourrait-on en soupçonner l'existence, si les commémoratifs constatent que la tumeur est congénitale, et surtout si l'on voit en même temps, avec les excréments ou les matières vomies, sortir des cheveux, des os, des dents qui diminueront le volume de la tumeur en raison de leur nombre et de leur grosseur.

On concevra facilement cependant qu'un diagnostic fondé seulement sur des données aussi incertaines doit laisser le médecin dans un grand embarras au lit du malade.

Si le diagnostic est entouré de si grandes difficultés, le traitement doit nécessairement être encore moins connu, et moins précisément indiqué. Jamais on ne l'a dirigé dans le sens d'aider la nature dans ses efforts éliminatoires, et nous ne voulons pas non plus nous engager dans aucune discussion à ce sujet, attendu que les idées que nous pourrions émettre seraient purement théoriques. Nous sommes d'ailleurs convaincu que le praticien qui aura assez de perspicacité pour diagnostiquer certainement une tumeur interne contenant des débris de fœtus, trouvera aussi dans son génie les règles de conduite qui doivent le diriger dans le traitement de cette maladie.

Avant de terminer cet article, il ne sera pas sans intérêt peut-être de citer les deux cas que nous avons mentionnés plus haut, d'inclusion du fœtus dans la matrice avant que la conception fût possible. C'est

(1) Gordon, *Méd. chirurg. Transact.*, vol. XIII, p. 12.
(2) Nysten, *Journal de méd., chirurg. et pharmacie*, brumaire an XI, p. 144.
(3) *Journal de méd.*, vol. XX, p. 31, 1818.
(4) *Mémoires de la Faculté de Paris*, 1812, p. 231.
(5) Hergenroether, *Dissertatio de fœtu in fœtu*, p. 44.
(6) *Observat. medicar. fascicul. primus.* Lipsiæ, 1764, p. 59.
(7) *Adversar. anatomicar*, par. III, art. *Ateroma*.
(8) Encyclographie, mars 1840, pag. 17.

Digitized by Google

du reste plutôt sous le rapport de la curiosité des faits que sous celui de leur importance que nous les rapportons ici ; il sera facile de savoir à quoi s'en tenir, après leur lecture.

Le premier de ces faits a été tiré d'une ancienne chronique de l'année 896, perdue d'abord et retrouvée deux cents ans après, par le moine Isobard de Amelluxen. Voici comme ce moine s'exprime à ce sujet (1) :

« Comme j'étais, en 1088, sur le mont de Saint-Pierre à Erfurt, je trouvai un ancien manuscrit d'où j'ai tiré ce qui suit : Dans l'année 896, une fille âgée de dix-neuf ans fut traduite devant le juge, à cause d'une grossesse qu'on lui supposait : elle disait dans sa défense : « Si je suis grosse, Dieu » fasse que l'enfant que je porte, soit grosse aussi. » Peu de temps après elle mit au monde un enfant mort, ayant un ventre très-développé. Les commères étonnées ayant averti le juge de ce miracle, on ouvrit le corps de l'enfant, et on trouva dans son ventre un autre enfant qui avait tous les membres bien formés. »

Gabriel Clauderius raconte un cas encore plus curieux (1) :

Dans l'année 1672, la femme d'un meunier mit au monde une fille forte et bien portante, si ce n'est qu'elle avait le ventre excessivement gros. Quelques jours après sa naissance, cette enfant fut prise de violentes douleurs qui se traduisaient par ses cris et ses convulsions ; bientôt il s'écoula par les parties génitales une grande quantité d'eau sanguinolente, qui fut suivie de l'expulsion d'une toute petite fille vivante, et puis après vint le délivre. Les deux enfants furent baptisées ensemble et succombèrent le lendemain.

Nous avons cité ces deux observations uniquement pour montrer la facilité avec laquelle nos ancêtres admettaient les faits extraordinaires et miraculeux. Bartholin rapporte encore un cas analogue ; mais en voilà assez sans doute pour faire voir combien il est difficile d'obtenir des faits positifs, et de démêler le vrai dans tout le fatras d'observations plus ou moins ridicules qui nous ont été laissées par les anciens auteurs sur ce sujet.

(1) Pauli, *Observationes raræ selectæ et curiosæ*, Lipsiæ, 1760, p. 85.

(2) *Ephemerides Naturæ curiosorum* (ann. III, dec. II, p. 136).

RAPPORT ADRESSÉ A LA COMMISSION MÉDICALE D'AMSTERDAM, SUR UNE OPÉRATION DE SYMPHYSÉOTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS ;

Par le docteur GELAUFF, de Alsmer.

Extrait du hollandais, et suivi de la RELATION DE DEUX OPÉRATIONS CÉSARIENNES TERMINÉES HEUREUSEMENT ;

Par le docteur HOEBEKE, de Bruxelles.

« Le docteur Gelauff a délivré, au moyen de la symphyséotomie la nommée Pietje Van Veen, âgée de 26 ans, épouse de Willem Plomp, demeurant au Robend, près du Heerenbrug, sous la commune d'Alsmer. Petite de taille, du reste bien portante et même robuste de constitution, dans sa jeunesse elle a été atteinte de rachitis qui a occasionné la déviation de son bassin. Cette difformité qui affectait le détroit supérieur fut cause que le 10 mars 1828 (1) et le 26 mars 1829 (2) M. G. dut recourir

(1) Appelé dans la soirée du 10 mars 1828, près de cette femme, alors enceinte pour la première fois, et âgée de 24 ans, la sage-femme qu'y rencontra M. G., le prévint que le travail durait déjà depuis 24 heures, que les douleurs avaient peu à peu augmenté d'intensité, à tel point que le matin les membranes s'étaient rompues, et que les eaux s'étaient écoulées ; néanmoins la tête était restée au-dessus du détroit supérieur. Il la trouva très-fatiguée ; le pouls était régulier et petit ; les douleurs avaient pour ainsi dire cessé, et à l'exploration interne, les parties sexuelles étaient relâchées, le vagin et l'orifice de la matrice étaient presqu'entièrement ouverts. La tête de l'enfant dans la première position transversale reposait sur la crête du petit bassin, le cordon abdominal se trouvait près de la tête. M. G crut devoir terminer l'accouchement par le forceps ; l'application en fut très-difficile à cause de la proéminence de la base du sacrum qui était portée en avant. Cependant il réussit après de grands efforts à la délivrer d'un garçon, qui, à mon grand regret, était mort ; le placenta suivit immédiatement, l'utérus se contracta suffisamment, et la femme se trouva bien, eu égard à sa position et le temps de ses douleurs se passa favorablement.

(2) Le 26 mars 1829, son assistance fut de nouveau réclamée pour cette femme, âgée cette fois de 25 ans, enceinte pour la seconde fois ; le travail du part commença pendant la nuit, les douleurs allèrent en augmentant de manière que les membranes se rompirent bientôt, et laissèrent écouler les eaux de l'amnios. La position de la tête était la même que dans l'accouchement précédent, et le cordon se trouvait encore descendu à côté d'elle. M. G. plaça la femme dans une position commode et pour elle et pour lui, afin qu'à l'aide d'une baleine garnie d'éponge, il lui fût possible de repousser en haut le cordon ombilical, manœuvre qui lui réussit parfaitement. Il conseilla à la femme de rester autant que possible dans la position horizontale. Il reconnut que dans les douleurs subséquentes le cordon ne descendait plus, bien que les contractions utérines étaient des plus fortes ; la tête restait immobile dans le petit bassin, et il s'était formé une tumeur considérable du cuir chevelu ; comme la tête après un laps de temps de plus de six heures n'avançait pas, et que les douleurs allaient en s'affaiblissant, il termina l'accouchement par le forceps, et il amena peu à peu, avec beaucoup d'efforts, un enfant mâle, grand et bien conformé, qui ne donna aucun signe de vie, et qu'aucun moyen ne put rappeler à l'existence ; le placenta suivit bientôt, et la femme se rétablit sans qu'il survînt aucun accident.

au forceps pour la délivrer, opération dans laquelle il éprouva beaucoup de difficulté, et par laquelle il amena chaque fois un enfant mort. Les lésions qu'avaient offertes les os du crâne de ces enfants, et qui n'étaient nullement le résultat de l'application du forceps, convainquirent de la manière la plus positive que son opinion sur la conformation vicieuse du détroit supérieur du bassin était fondée.

La femme se trouvant à la fin de sa troisième grossesse le pria de l'assister encore; ne voulant plus s'exposer à rencontrer tant de difficulté et voulant surtout obtenir un fruit vivant, il explora attentivement les dimensions du bassin, et il trouva que le diamètre antéro-postérieur avait moins de trois pouces d'étendue (mesure des P.-B). L'expérience des accouchements précédents, joint au résultat de cet examen lui fit prendre la résolution dans les circonstances douloureuses qu'on attendait à chaque instant, de pratiquer la section du pubis, résolution qu'il communiqua préalablement au mari.

Le 28 avril 1830, à neuf heures du matin, appelé près de cette femme, M. G. trouva l'orifice utérin dilaté de la grandeur d'une pièce de 3 florins, et les douleurs du part assez fortes, mais séparées par de longs intervalles. La tête de l'enfant se trouvait dans la première position et présentait le sommet en avant (comme dans les accouchements précédents) sur le bord du bassin; n'ayant aucun signe soit par l'examen externe, soit par l'exploration interne, pour supposer que cette fois l'enfant fût plus petit que les précédents; l'immobilité de la tête, et toutes les autres circonstances devaient au contraire faire qu'il devait s'attendre à recourir encore au forceps, et à éprouver les mêmes difficultés qu'il avait rencontrées dans les accouchements précédents, probablement avec le même résultat. Il résolut de préparer la femme à subir l'opération, à laquelle il voulait avoir recours pour sauver l'enfant. Pendant ce temps et celui qui lui fut nécessaire pour disposer ce qui était indispensable, les douleurs avaient continué, les membranes s'étaient rompues (vers les 12 heures) et les eaux s'étaient écoulées. La tête était de plus en plus fortement serrée contre le bord du bassin, et les téguments du crâne formaient tumeur, preuve que la nature faisait des efforts pour mouler la tête. Comme rien ne le pressait et qu'il ne voulait pas devancer la nature, il attendit jusqu'à cinq heures de l'après-midi; trouvant alors tout dans la même situation, il se décida à procéder à l'opération pour laquelle il demanda l'assistance de M. Ormeloo, docteur en médecine et en chirurgie à Kudelstaart.

« La femme étant placée convenablement, il pratiqua l'opération d'après les règles de l'art; elle ne présenta rien de remarquable, l'écartement des os après la section de la symphyse était d'un peu moins d'un demi pouce.

» La femme étant placée dans une situation commode pour elle, M. G. attendit en surveillant la plaie, le travail de la nature; la patiente était peu fatiguée par l'opération et elle prit même quelques aliments et boissons, qui lui furent accordés, sur ses pressantes sollicitations. Pendant l'opération les douleurs avaient entièrement cessé. Cependant elles revinrent peu à peu en augmentant de force, au point qu'à dix heures du soir, la matrice était en plein travail, la patiente pleine de courage aidait de tout son pouvoir; aussitôt la tête traversa le petit bassin avec un bruit de craquement facile à entendre et la douleur suivante expulsa un enfant mâle, bien conformé, jouissant de la meilleure santé et qui est encore vivant.

» La tête de l'enfant avait les dimensions suivantes: le diamètre transverse, ou de l'une bosse pariétale à l'autre 3 1/2 pouces, le diamètre perpendiculaire du sommet de la tête à la nuque 3 1/4, l'occipito-mentonier 5 1/4 pouces, l'antéro-postérieur du front à l'occiput 4 3/4. La circonférence de la tête prise du front en passant sur les bosses pariétales et l'occiput 14 pouces; la longueur de l'enfant était de 21 1/2 pouces.

Ayant donné les soins convenables à la plaie, prescrit un régime rafraîchissant auquel on dut joindre peu de moyens médicaux, la femme se trouva comme après une parturition ordinaire, elle se rétablit malgré une violente métrite (résultat du peu de soins et de son indigence), à tel point qu'après quatre semaines elle voulut essayer de marcher, ce que lui permit, M. G., en l'astreignant à porter une ceinture consistant en une bande de cuir large de quatre doigts, afin de maintenir le bassin, et qui était retenue en place par deux sous-cuisses pour l'empêcher de remonter; elle essaya donc de marcher et n'éprouva ni vacillations ni aucune autre incommodité de manière qu'elle se rétablit entièrement; au point que cet hiver elle alla à patins.

» Le placenta suivit comme après un accouchement normal et les lochies et les urines coulèrent par les voies naturelles. »

La cavité pelvienne peut être rétrécie dans un seul, dans plusieurs, ou dans tous ses diamètres à la fois. Le rétrécissement d'après son degré peut, ou retarder la terminaison de l'accouchement, le rendre difficile ou tout à fait impossible, d'où il résulte que l'accoucheur peut être forcé d'employer la main ou le forceps, l'embryotomie, la section sigaultienne ou l'opération césarienne.

De tous les diamètres du bassin, c'est *l'antéro-postérieur* ou *sacro-pubien* du détroit supérieur, qui est le plus fréquemment déformé (1). C'est celui que

(1) M. Velpeau dit que, d'après ses recherches, l'étroitesse affecte bien plus souvent les diamètres obliques. *Traité complet de l'art des accouchements*, pag. 66.

Digitized by Google

les auteurs ont toujours en vue, lorsqu'ils indiquent la conduite à tenir par l'accoucheur dans le cas d'étroitesse du bassin ; c'est celui qui a eu lieu dans le cas que nous venons de rapporter, c'est en prenant ce genre de rétrécissement pour exemple que nous allons examiner à quels moyens l'on doit avoir recours dans ses divers degrés.

Lorsque l'étendue du diamètre antéro-postérieur n'est diminuée que d'un quart ou d'un demi pouce, l'accouchement peut se faire naturellement et même encore avec facilité, surtout si la tête n'est que d'un volume ordinaire. Mais si le rétrécissement est poussé à trois quarts ou même à un pouce, il est certain que la sortie de l'enfant éprouvera de grandes difficultés, à moins qu'il ne soit d'un très-petit volume, et l'accoucheur sera presque toujours obligé de venir au secours de la nature. Nous disons presque toujours, parce que malgré un rétrécissement aussi considérable, et quoique l'enfant soit d'un volume ordinaire, il n'est pas impossible qu'il naisse naturellement et vivant ; ce point est mis hors de doute car la science en possède plusieurs exemples. Quoiqu'ils ne fassent pas loi, et qu'ils ne peuvent être considérés que comme de rares exceptions, ils ne doivent point être perdus de vue, et prouvent que l'accoucheur ne doit jamais recourir aux moyens extrêmes, avant d'avoir essayé d'abord ceux dont l'emploi n'entraîne pas à leur suite des accidents aussi graves. — La terminaison naturelle de l'accouchement dans le cas de ce genre, peut se concevoir, car on remarque généralement que, lorsque l'un des diamètres du bassin est diminué, un autre augmente d'étendue en proportion, et l'augmentation a lieu ordinairement dans le diamètre opposé à celui où a lieu le rétrécissement. Ainsi si le diamètre antéro-postérieur est diminué d'un pouce, on trouvera presque toujours un demi ou trois quarts de pouce de plus au diamètre transverse, et si alors la tête de l'enfant se présente favorablement, c'est-à-dire, si au lieu d'être placée diagonalement, elle se trouve transversalement l'accouchement pourra bien se faire, car alors le plus grand diamètre de la tête correspondra avec le plus grand du bassin, qui dans ce cas sera le transverse, et le diamètre bi-pariétal de l'enfant ou le plus petit, répondrait au diamètre antéro-postérieur du bassin, qui est aussi celui qui a alors le moins d'étendue : on en concevra encore mieux la possibilité si l'on considère que les diamètres du bassin peuvent acquérir quelques lignes d'étendue par l'écartement des symphyses, tandis que ceux de la tête peuvent être diminué par le chevauchement des os.

L'accoucheur lorsqu'il est appelé dans un cas de ce genre, doit d'abord chercher à placer la tête de l'enfant de manière à ce que ses diamètres les plus favorables correspondent aux plus favorables du bassin, s'il est assez heureux pour y parvenir, ou s'il a trouvé la tête dans cette situation avantageuse, si la femme est en bon état, si les parties molles sont bien disposées et si les contractions utérines démontrent par leur force, leur durée et leur direction qu'elles sont expulsives, il doit alors, pendant quelques instants, laisser agir la nature, et rester simple spectateur, mais si après un certain nombre de douleurs, il s'aperçoit que l'accouchement ne fait aucun progrès, ou s'il n'a pu parvenir à placer la tête dans une situation favorable, il appliquera le forceps afin d'aider l'utérus dans ses efforts pour se débarrasser du fruit et afin d'empêcher que la compression trop prolongée de la tête, n'occasionne la mort de l'enfant. Si dans le cas que nous supposons la matrice était dans un état d'inertie, ou si la femme n'éprouvait que de fausses douleurs le praticien devra chercher à réveiller son action, et faire en sorte de rendre les contractions utérines expulsives ; par de légères frictions sur l'abdomen, par des lavements excitants ou par l'emploi du seigle ergoté. Si l'utérus se trouvait dans un état d'orgasme, on emploierait les bains, la saignée, les fomentations et injections émollientes ; si, au contraire, cet organe se trouvait dans un état spasmodique, c'est aux opiacés, aux antispasmodiques et surtout au laudanum à haute dose que l'on devrait recourir.

Mais lorsque l'accoucheur a la certitude de la mort de l'enfant, au lieu d'appliquer d'abord le forceps et de s'exposer à contondre plus ou moins la matrice ; il doit d'abord commencer par vider le crâne, où il appliquera le céphalotribe afin de broyer la tête et de rendre la sortie de l'enfant plus facile.

Toutes les fois que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'est pas au-dessous de trois pouces, le praticien ne peut se dispenser d'essayer d'abord les divers moyens que je viens d'indiquer. Mais lorsqu'il aura vainement tenté d'amener l'enfant, si celui-ci se trouve dans une position naturelle, et s'il y a certitude qu'il est vivant, l'accoucheur sera autorisé à recourir à la symphyséotomie, pourvu qu'une augmentation d'un demi pouce suffise pour permettre la sortie de l'enfant. Mais si l'enfant se trouve dans une position vicieuse et qu'on ne puisse l'extraire qu'après avoir fait la version, si son volume est trop considérable, que les parties molles lui offrent trop de résistance, ou qu'une augmentation de cinq à six lignes ne suffise pas pour permettre sa sortie, l'opération césarienne doit être préférée à la section sigaultienne toujours avec la certitude de la vie de l'enfant ; car si celui-ci avait cessé de vivre il ne serait plus autorisé à recourir à ces ressources extrêmes ; alors il devrait terminer l'accouchement au moyen du céphalotribe, et si ce moyen était insuffisant, il devrait avoir recours à l'embryotomie, excepté dans les cas où le bassin a moins de quinze lignes, car alors l'hystérotomie est la seule chance de salut pour la mère.

Ces préceptes ne sont pas nouveaux et nous sa-

Digitized by Google

vons qu'ils sont indiqués dans tous les traités sur l'art des accouchements qui nous servent aujourd'hui de guides, mais par leur importance ils méritent bien d'être rappelés de temps en temps, car les perdre de vue serait s'exposer à être la cause d'accidents graves. C'est à propos de l'opération de syncondrotomie rapportée plus haut, et que nous extrayons d'un journal de médecine hollandais (1), que nous avons cru pouvoir rappeler sur eux l'attention de ceux qui se livrent à la pratique des accouchements. Quoiqu'un plein succès ait couronné cette opération, le résultat même justifie-t-il l'emploi de ce moyen? Nous savons que presque toujours l'accoucheur est seul compétent pour juger à quel moyen il faut recourir, mais il n'en est pas moins vrai que rien n'indique dans cette observation, que tout ce que l'art prescrit d'essayer pour terminer l'accouchement sans nuire à la mère ni à l'enfant, avant de recourir à une opération aussi grave a été employé. Cette observation prouve pour nous 1° que la mort des enfants dans les deux premiers accouchements a été plus tôt le résultat de la compression du cordon ombilical que de la pression de la tête, ou de l'application du forceps; 2° que dans le premier accouchement le chirurgien a été appelé trop tard; 3° que le second accouchement prouve, que l'enfant aurait pu être extrait vivant si le forceps avait été employé plus tôt, puisque les contractions seules de l'utérus ont suffi pour faire descendre la tête de l'enfant jusque dans l'excavation du bassin, et que l'accoucheur n'y a eu recours que lorsque les contractions utérines commencèrent à s'affaiblir; 4° que dans le troisième accouchement rien n'indique qu'il était impossible d'amener l'enfant vivant au moyen du forceps, puisque son application n'a point été tentée, quoique l'accoucheur ait été appelé au commencement du travail; au lieu d'y avoir recours, il est resté simple spectateur pendant huit heures, et a pendant tout ce temps laissé agir la nature seule.

Les remarques que nous venons d'exposer, ne sont faites que dans l'intérêt de la science, et nullement dans le but d'accuser la conduite de l'accoucheur, ni de mettre en doute ses connaissances obstétricales, auxquelles nous rendons pleine et entière justice; comme nous l'avons dit plus haut, presque toujours l'accoucheur est seul compétent pour juger à quel moyen il faut avoir recours.

Cette observation nous montre de nouveau que la symphyséotomie peut être suivie de succès; il semble même qu'elle est moins dangereuse que beaucoup d'auteurs le pensent : c'est à elle qu'il faut recourir toutes les fois que le diamètre est au-dessous de trois pouces sans être moindre de deux pouces et demi, mais lorsqu'il a moins de deux pouces et demi elle ne peut plus être d'aucune utilité et alors il faut avoir recours à l'opération césarienne dont les dangers aussi ont été souvent exagérés; pour notre part nous avons déjà fait connaître plusieurs (neuf) observations d'opérations césariennes suivies de succès (1); nous en trouvons un nouvel exemple dans le *Neue Zeitschrift fuer Geburtskunde*; nous allons le transcrire et nous le ferons suivre de l'observation d'une nouvelle opération césarienne que nous avons pratiquée, et qui n'a pas encore été publiée.

(1) Boerhaave, *Tydschrift voor genees-heel-verlos-en Artsnymengkunde*, année 1840, feb.

Opération césarienne, terminée heureusement pour la mère et l'enfant, pratiquée par le docteur Stracke, de Cassel, et recueillie par le docteur Neuber, jeune.

Jeanne S...., de Cassel, âgée de 32 ans, contrefaite, n'ayant pas quatre pieds de haut (mesure de Prusse), devint par suite du peu de soins que l'on prit d'elle dans son enfance, rachitique à un tel degré que jusqu'à l'âge de 19 ans ce n'était qu'à l'aide de béquilles qu'elle pouvait se traîner.

Dans sa vingt-quatrième année, ayant été exposée à respirer des vapeurs irritantes, dont on n'a pu faire connaître la nature, elle contracta une violente hémoptysie, à la suite de laquelle elle fut constamment affectée d'une toux avec forte expectoration; et ce n'est que depuis six mois qu'elle en est délivrée.

Ce ne fut que dans sa vingtième année que commença la fonction sexuelle, et depuis ce moment, la menstruation eut lieu avec assez de régularité.

Le rachitisme a mis, en général, obstacle au développement du corps; son bassin rachitique est fortement recourbé aux extrémités supérieures et inférieures, tandis que la colonne vertébrale et le buste se sont développés d'une manière normale.

Au mois de novembre 1835, cette personne petite et rachitique devint enceinte; elle eut de fréquents vomissements, la menstruation fut supprimée et à sa place sortit des parties sexuelles, vers le milieu de la grossesse, une sécrétion visqueuse (elle est affectée d'une leucorrhée bénigne). A ces symptômes, elle reconnut l'état où elle se trouvait, et elle prétend qu'au commencement de mars 1836, elle sentit distinctement, surtout au côté gauche, les mouvements de l'enfant. Elle se porta parfaitement bien durant tout le cours de la grossesse.

1er août 1836. — *Examen extérieur.* — La tension du ventre était régulière, si ce n'est qu'elle était plus prononcée du côté droit; la longueur de l'abdomen, depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse du pubis, était de neuf à dix pouces (mesure de Prusse). Du côté gauche, auprès de la ligne blanche, on pouvait, par le toucher, distinguer les membranes

(1) Mémoires et Observations pratiques de Chirurgie et d'Obstétricie. — Bruxelles, 1840. Société Encyclographique des Sciences médicales, rue de Flandre, 155.

Digitized by Google

de l'enfant ; sur la branche horizontale de l'os pubis du côté droit, on reconnaissait aisément un corps dur, qu'au toucher on devait prendre pour la tête du fœtus. Entre le nombril et la symphyse, un peu à gauche, on observait, à l'aide du stéthoscope, le bruit du placenta, et entre le nombril et l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles droit, les battements du cœur de l'enfant. Le bassin lui-même est bas, fortement incliné ; les deux os des îles sont petits, l'espace qui les sépare est normal, eu égard à la petitesse du corps ; l'angle du col du fémur avec la tête de cet os est très-grand, de sorte que l'éloignement permettait de juger avec précision du diamètre transversal du bassin. L'os sacrum se trouvait fortement en arrière, peu voûté ; les branches horizontales de l'os pubis étaient poussées vers l'intérieur ; les tubérosités de l'os iliaque possèdent l'éloignement normal.

Examen intérieur. — Le vagin médiocrement spacieux, relâché ; la petite portion vaginale d'environ 1/4 de pouce, la longue passablement élevée, se présentant d'une manière prononcée derrière la symphyse pubienne ; l'orifice utérin était fermé, se portant vers le côté gauche ; le conduit vaginal était vide ; le doigt parvenait avec beaucoup de facilité à l'os sacrum peu concave ; le détroit supérieur avait à peine deux pouces un quart. Du côté droit le bassin était encore plus étroit que du côté gauche.

Du 2 au 8 août, Jeanne S.... ressentit dans les reins des douleurs qui s'étendaient parfois vers le devant ; la portion vaginale se boucha peu à peu, et l'orifice de l'utérus ressemblait au toucher à une petite ouverture ronde. Dès ce moment, les douleurs revinrent plus fréquemment ; mais cette fille resta toujours de bonne humeur et sans inquiétude.

9, la dilatation de l'orifice de l'utérus avance lentement, l'ouverture n'est encore que d'un quart de pouce de diamètre. Ce jour là, il se passa plusieurs heures sans que les douleurs revinssent.

12, l'orifice de l'utérus avait trois quarts de pouce d'ouverture ; les membranes s'emplissent jusqu'à la tension ; toutefois, ni à travers les eaux de l'amnios, ni à travers l'orifice de l'utérus, on ne sent aucune partie de l'enfant, tandis que par l'examen extérieur, on peut toujours distinguer la tête sur l'os pubis de droite. La femme en travail commence à manifester des craintes à cause de la lenteur avec laquelle se fait l'accouchement.

14, les membranes sont poussées jusqu'aux parties sexuelles extérieures, et à une heure de la nuit il s'écoule une grande quantité d'eau ; cependant, bien qu'il y ait des douleurs violentes, qui ne s'apaisent qu'à de courts intervalles, il ne se présente encore aucune partie de l'enfant. On réitère l'auscultation et l'on reconnaît distinctement aux endroits désignés plus haut, le battement du cœur de l'enfant ainsi que le bruit du placenta.

Comme le terme de la grossesse était atteint ; que le détroit avait à peine 2 1/4 pouces de diamètre ; que l'enfant était vivant ; que les douleurs s'étaient présentées avec une convenable activité, et que la seconde période de délivrance était écoulée, l'accoucheur (M. le docteur Stracke, conseiller supérieur de médecine) crut qu'il était de son devoir de représenter à la femme en travail que l'accouchement ne pouvant s'effectuer par la voie ordinaire, il fallait en ouvrir artificiellement une autre.

Jeanne S.... y ayant donné son consentement et tous les préparatifs nécessaires étant faits, l'opération césarienne fut pratiquée le 15 août à 5 heures du matin. Cette fille fut placée d'une manière convenable ; M. H., conseiller intime supérieur de médecine, et M. M., conseiller supérieur, furent chargés de maintenir les intestins ; on fit l'incision dans la ligne blanche, commençant à un pouce et demi au-dessous du nombril et finissant à un pouce au-dessus de la symphyse ; après l'introduction de la sonde canelée, on élargit l'ouverture du péritoine (cette incision du péritoine causa à la malade plus de douleur qu'elle n'en avait éprouvé lorsque l'on avait coupé les téguments externes de l'abdomen) ; ensuite la petite ouverture de l'utérus fut élargie dans la longueur d'un pouce ; alors l'enfant devint visible. Les eaux de l'amnios se précipitèrent instantanément à travers la plaie, où se présenta en même temps une partie de l'enfant, qui fut reconnue pour une épaule et un bras. L'enfant ne pouvant de cette manière être retiré par l'opérateur, celui-ci chercha à faire pénétrer une de ses mains dans l'utérus jusqu'aux pieds qu'il saisit tous deux. Après avoir opéré la version, il fit l'extraction de l'enfant sans grande difficulté. Le placenta, qui s'était séparé de la paroi gauche de l'utérus, et le cordon ombilical furent enlevés sans effort. L'enfant était grand et fort, mais comme la peau et le visage avaient une teinte rouge bleuâtre, on laissa écouler ℥j de sang avant la ligature du cordon ombilical. Dans le bain, l'enfant cria fortement et on le remit à la sage-femme pour en avoir soin.

On remarqua distinctement, à travers l'incision abdominale la contraction de l'utérus ; il sortit par la plaie de ce viscère du sang que l'on épongea soigneusement. L'utérus s'étant suffisamment contracté (et pour cela une demi-heure avait suffi), on procéda à la réunion de la plaie abdominale extérieure d'après la méthode de Graefe (les points de suture furent placés à travers les téguments externes de l'abdomen et du péritoine, et de longues bandelettes d'emplâtre agglutinatif, partant du dos, furent croisées sur le lieu de l'incision).

L'accouchée, satisfaite d'entendre la voix de son enfant et d'avoir supporté l'opération, fut mise avec précaution à six heures dans son lit, en lui recommandant de rester constamment en repos sur le dos.

Vers quatre heures de l'après-midi, les seins étant passablement développés, on fit pour la première fois teter l'enfant. Dans la nuit, l'accouchée

Digitized by Google

dormit une heure ou deux, d'un sommeil tranquille et continu.

16, le matin, l'état de l'opérée était satisfaisant ; les lochies avaient coulé par le vagin ; la sécrétion laiteuse était normale ; l'esprit était gai et dispos ; le pouls et la respiration en rapport exact. Vers midi, la respiration devint toutefois plus fréquente et l'on y remarqua un bruit pituiteux ; l'abdomen, lorsqu'on le touchait, n'était pas douloureux. On ordonna une mixture ammoniacale. Vers le soir, le nombre de pulsations s'éleva à 120 ; le bruit pituiteux augmenta ; la malade respirait 44 fois dans une minute. La plaie était d'une belle apparence, si ce n'est qu'elle était sèche. Après minuit, l'irritation se calma, la difficulté dans la respiration devint moins forte, la malade sommeilla tranquillement une demi-heure. L'enfant se portait bien, il avait des selles et des évacuations d'urines régulières ; toutes les trois heures, il était mis au sein ; le lait était fourni en suffisante quantité.

La tête de l'enfant avait trois pouces quatre lignes de diamètre transversal, quatre pouces trois lignes de diamètre direct, cinq pouces de diamètre diagonal ; la largeur des épaules était de quatre pouces et demi, la largeur des hanches de trois pouces quatre lignes, le poids de tout le corps, de sept livres (poids de l'électoral de Hesse).

17, pouls de 110 à 115 ; respiration 42 ; le bruissement pituiteux considérable ; véritable orthopnée ; la position horizontale sur le dos impossible. L'abdomen n'était pas douloureux ; les excrétions de l'urine et des lochies continuaient sans interruption. Comme il n'y avait pas de selles, on ordonna un lavement préparé avec une décoction de camomille avec addition d'huile ; ce qui provoqua des évacuations. Vers midi, le visage devint rouge ; la respiration n'était pas libre, le bruissement pituiteux continuait ; les pulsations s'élevèrent jusqu'à 140 à la minute. Après une saignée d'une demi-livre, la malade se trouva soulagée ; en outre, comme on craignait un collapsus, on prescrivit le sénéga avec le sel ammoniac et un vésicatoire au bras. Dans la soirée, il y eut un sommeil de deux heures ; les pulsations ne s'élevèrent plus qu'à 138.

L'enfant continue à se bien porter.

18, il n'y avait plus que 120 pulsations à la minute, et l'état de la malade était satisfaisant. A midi, le mal empira de nouveau, la respiration et le pouls devinrent plus fréquents ; mouvement violent des ailes du nez, sécheresse de la peau, décroissance de la sécrétion laiteuse, des lochies, augmentation du bruissement pituiteux, manque de force pour expectorer ; en un mot, les symptômes donnaient de vives inquiétudes. La mixture de la veille fut renouvelée ; on tira encore ℔ j de sang ; dans la soirée sinapismes sur la poitrine. — Vers le soir, le sang ne se portait plus avec autant d'abondance au visage et à la poitrine ; cependant la malade n'était pas aussi soulagée qu'après la saignée du jour précédent. Le pouls avait 150 battements et elle respirait 80 fois à la minute. Le visage et la poitrine étaient affaissés ; l'enfant était moins tranquille à cause du manque de nourriture, mais après l'avoir examiné, on ne reconnut chez lui aucun symptôme de maladie.

19, la malade était plus tranquille, elle ne se plaignait plus de congestion cérébrale ; son état était en général meilleur, mais le visage portait toujours des traces d'affaissement, le pouls et la respiration n'étaient pas devenus plus rares. Le sénéga fut renouvelé ; en outre, on prescrivit : acid. benzoïc., gr. ij avec opium, 1/4 de gr., pro dosi. Vers dix heures, la malade, sans avoir pris de médicament, s'endormit et se trouva bien mieux après deux heures de sommeil. Dans l'après-midi, après avoir pris les poudres ci-dessus, elle dormit encore d'un long et paisible sommeil. La peau devint humide, le visage plus naturel ; les seins étaient encore lâches. Le pouls et la respiration, vers le soir, étaient toujours aussi fréquents ; les évacuations de l'urine et des lochies et les selles étaient plus abondantes. L'enfant se porte toujours bien.

20, après une nuit tranquille, la malade sent renaître ses forces. L'état général s'était amélioré, le nombre des inspirations n'était plus que de 60 à la minute, — la toux amenait une expectoration verdâtre. En outre, la blessure, restée jusque-là sèche, devint plus douloureuse ; dans son angle inférieur, on trouvait plus de suppuration sur la charpie ; le point supérieur de suture, était réuni. Le soir, il se présenta de rechef plus de tension dans les seins ; les autres organes de sécrétion étaient dans leur activité normale. On continua l'emploi du sénéga, en y ajoutant l'ipeca avec le soufre doré d'antimoine, en poudres. L'enfant qui n'avait pas été tranquille de la journée et qui ne voulait plus prendre le sein, fut alaité par une autre personne, et il s'en trouva bien.

21, la malade sent une amélioration considérable ; les pulsations n'étaient plus que de 140 et les inspirations de 55, dans une meilleure proportion ; une expectoration abondante avait aisément lieu ; toutes les autres sécrétions étaient normales. Les longues bandelettes d'emplâtre agglutinatif furent renouvelées par parties ; dès la veille, les sutures avaient été retirées, et tout était réuni à l'exception de l'angle inférieur de la plaie. La bande de toile introduite dans l'utérus fut écartée sans douleur ; elle était imbibée d'un pus de bonne nature. Les bandelettes, les compresses et les plumasseaux furent renouvelés, et l'on ordonna les mêmes remèdes que la veille.

A partir du 22 août, l'état de la malade s'améliora de jour en jour, de sorte que pour le 30 elle avait recouvré une santé, aussi bonne que celle dont elle jouissait auparavant. Elle pouvait rester levée durant plusieurs heures ; la sécrétion du lait et le flux

Digitized by Google

lochial se perdirent peu à peu. Le 3 septembre, ces sécrétions avaient entièrement cessé, et le 9 la menstruation revint en même quantité qu'auparavant. La mère (l'enfant était bien portant), ne fut plus, à compter du 26 septembre, soumise à aucun traitement; elle était guérie, mais on lui conseilla de continuer à porter un bandage abdominal. — L'enfant, comme on l'a dit, fut alaité par une autre personne.

La cicatrice avait trois pouces et demi (mesure de Prusse). Voici les résultats des mesures prises sur la personne qui avait subi l'opération :

Longueur de tout le corps,	3 pieds 8 p.
Depuis le crâne jusqu'à la symphyse,	2 pieds 3 p.
Depuis la symphyse jusqu'au calcanéum,	1 pied 4 p.

Dans un examen à l'intérieur, on atteignait avec facilité l'os sacrum, et l'on distinguait l'orifice de l'utérus dans le côté droit, avec une faible partie du vagin.

Après avoir transcrit jusques dans ses moindres détails, cette opération pratiquée avec succès, je vais rapporter celle qui m'est propre, et dans laquelle j'ai réussi à sauver la mère; l'enfant étant mort avant que je fusse appelé pour secourir l'accouchée.

Observation. — Appelé dans le courant de 1829 dans la commune de Grootenberge pour donner mes soins à Rosalie Hoebeke, native de Sierde St-Marie, (Fland. or.) et depuis trois jours en travail d'enfant, je trouvai une malheureuse affectée de courbure rachitique des os longs; sa taille n'était que de trois pieds et demi, et tout indiquait une constitution éminemment scrofuleuse. Le toucher me fit reconnaître une saillie considérable de la partie supérieure du sacrum, et des dernières vertèbres lombaires. Le diamètre antéro postérieur n'avait qu'un pouce trois quarts. Cette femme était épuisée par la longueur du travail, et la force des contractions utérines. L'accoucheur qui lui avait donné des soins, avait fait plusieurs tentatives pour appliquer le forceps sans pouvoir y parvenir. Reconnaissant l'impossibilité d'extraire l'enfant par les voies naturelles, je me décidai à pratiquer l'opération césarienne.

La femme fut couchée sur une table longue et étroite couverte d'un matelas garni d'alèses. Après avoir vidé la vessie, je fis une incision sur la ligne blanche, divisant successivement les aponévroses, le péritoine, et la matrice, je retirai par les pieds, l'enfant qui présentait les fesses à l'ouverture, et qui était mort depuis quelque temps.

Après avoir nettoyé la matrice et l'abdomen du sang et des caillots qui s'y trouvaient, des points de suture furent appliqués, on y mit ensuite quelques bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses, et le tout fut maintenu par un bandage de corps.

La femme fut mise au lit, on la soumit à une diète sévère, aux boissons rafraîchissantes, et je recommandai la tranquillité la plus absolue.

Aucun accident ne vint entraver la guérison, les lochies commencèrent à couler dès le second jour; le troisième, la fièvre de lait se déclara et les seins se gonflèrent; je fis teter l'enfant. La plaie marcha vers une prompte guérison, au bout de trois semaines elle fut entièrement guérie.

Quelque temps après, cette malheureuse qui avait quitté la maison paternelle succomba à une gastrite, qui avait été occasionnée par une indigestion de pommes de terre.

ANALYSE DE L'URINE D'UN DIABÉTÈS SUCRÉ;

Par Z. M. Gripekoven, pharmacien à Bruxelles.

Caractères physiques. — L'urine est d'un jaune-clair, presque sans odeur, d'un goût fade. Après quelques jours la couleur en est devenue plus jaunâtre, et la liqueur d'abord limpide s'est un peu troublée. On y voit nager quelques filaments d'une matière floconneuse. — Il ne s'est formé aucun dépôt. Une bouteille conservée pendant quelques jours avait contracté une odeur vineuse (de vin). La pesanteur spécifique fut trouvée 1,111, ainsi beaucoup plus forte que celle de l'urine ordinaire.

Caractères chimiques. — La réaction sur le papier de tournesol est presque nulle, faiblement acide.

Le *bi chlorure de mercure* (subl. corr.) détermine dans l'urine un précipité blanc d'albumine, qui tarde à se déposer.

Le *sulfate de potasse et d'alumine* et *l'acide nitrique* n'indiquaient pas la présence de l'albumine.

L'*acide nitrique*, d'abord sans action, avait produit pendant la nuit une coloration rouge-pâle. Cette couleur disparut par l'addition de l'ammoniaque caustique (acide purpurique).

Les *hydrosulfates et l'acide hydrosulfurique* n'y indiquaient aucune substance métallique.

L'*ammoniaque* donna un précipité blanc de phosphate de chaux, etc.

Le *chlorure de barium* y détermina de suite un précipité blanc de sulfate de baryte, insoluble dans un excès d'acide.

L'alcool mêlé à parties égales ne provoque d'abord aucun précipité; plus tard, il y a dépôt de quelques flocons blancs de phosphate, etc.

Après ces analyses préliminaires j'ai pesé le reste, que j'ai trouvé être de 28 onces. J'ai précipité les phosphates et les sulfates et la plupart des autres matières à l'aide du *sous-acétate de plomb*, qui provoqua un précipité très abondant. Ayant filtré le

Digitized by Google

liquide, j'y fis passer un courant continu d'*acide hydrosulfurique*, jusqu'à ce que tout le plomb, qu'on avait dû ajouter en excès fut précipité.—Le liquide filtré de nouveau était limpide et incolore. Évaporée à une douce chaleur, poussée parfois jusqu'à l'ébullition, la liqueur se brunit et fournit bientôt une quantité de sucre de 2 onces, donc un quatorzième de l'urine employée.—Comme il n'y eut pas de cristallisation régulière, quoique congélation complète, j'y ai ajouté une once d'eau distillée, pour le transmettre en forme de sirop à M. le docteur Deroubaix, qui avait eu la bonté de me charger de cette intéressante analyse.

Conclusion.— Les flocons filants paraissent indiquer une irritation de la vessie du malade. M. le docteur Deroubaix, qui, sans doute, ne tardera pas de communiquer les particularités qui ont précédé l'apparition de ce diabètès, m'a assuré que le malade avait perdu des calculs, etc.

L'albumine ne se trouva dans l'urine qu'en petite quantité, parce qu'elle ne fut pas indiquée par l'acide nitrique.

La présence de l'acide sulfurique et des phosphates, dont l'existence ordinairement est à peine indiquée par les réactifs les plus sensibles, me fit douter de la présence du sucre. Mais le résultat final mit hors de doute que cette urine provenait d'un diabètès.

La présence de l'albumine paraît indiquer une amélioration des fonctions de la vessie.

M. le docteur Deroubaix m'a assuré que le diabètès est rare dans nos environs. C'est la seconde analyse que je fais depuis un an et demi.

La première malade fut madame Gottschalk, en ville, traitée et guérie par M. le professeur-docteur Hauft.

L'opinion que le sang des diabétiques contient du sucre a plusieurs fois été contredite, parce que souvent on n'a pas réussi à obtenir du sucre de cette sorte de sang.

M. J. B. Mueller, pharmacien à Medebach, près d'Arnsberg, a profité d'une occasion d'examiner le sang d'un diabétique obtenu par venæsection. Voici l'analyse du sang et de l'urine de ce malade, telle qu'il l'a consignée dans le journal de la Société des pharmaciens de l'Allemagne septentrionale(*Archiv. der Pharm. eine Zeitschrift der Apotheker-Vereins in Nord-Deutschland*, 2 h., B. XVIII, p. 55).

12 onces de sang ont donné :

	Onc.	Drach.	Grains.
Clorure de sodium,	»	»	24,5
Chlorure de potassium,	»	»	13
Sulfate de potasse,	»	»	9
Carbonate de potasse,	»	»	17
Carbonate de chaux,	»	»	6,75
Carbonate de magnésie,	»	»	9
Phosphate de magnésie,	»	»	10
Carbonate de soude,	»	»	11
Phosphate de soude,	»	»	0,5
Phosphate de fer,	»	»	22,25
Sucre,	»	1	5
Albumine,	1	3	37
Hématosine,	1	5	54
Graisse fluide,	»	»	19
Graisse cristallisable,	»	»	23
Fibrine,	»	»	26
Matière extractive,	»	»	22,5
Carbonate de chaux,	»	»	7,5
Eau,	8	1	33
	12 onces.		

50 onces de l'urine de ce malade contensient :

	Onc.	Drach.	Grains.
Sucre d'urine,	2	3	37
Urée,	»	»	1,5
Acide hippurique,			traces.
Extrait ayant une très-mauvaise odeur.	»	5	40
Matières muqueuses,	»	»	5
Gomme,	»	2	26
Albumine,	»	»	7
Sulfate ne potasse,	»	»	5
Chlorure de sodium,	»	»	13
Chlorure de potassium,	»	»	3,5
Phosphate de chaux,	»	»	6
Chlorure d'ammonium,	»	»	8
Phosphate de soude,	»	»	26,25
Phosphate de magnésie,	»	»	0,75
Silice,	»	»	1
Oxyde de fer,			traces.
Eau,	46	3	
	50 onces.		

Digitized by Google

Sur les tendances actuelles de la médecine pratique.

La médecine pratique tend à sortir de plus en plus de l'ornière des théories systématiques : c'est un fait que nous avons déjà signalé, en portant nos regards, à plusieurs reprises, sur le mouvement médical, soit en France, soit à l'étranger. De nouveaux signes de ce travail de régénération se produisent aujourd'hui d'une manière trop éclatante, pour que nous n'en prenions pas acte. Nous voulons parler des points de vue sous lesquels les professeurs de la Faculté de Paris, et la plupart de ceux qui sont aujourd'hui chargés de l'enseignement médical dans la capitale, envisagent les questions fondamentales de la médecine.

Il y a peu d'années, les amphithéâtres de l'école, les salles d'examens, la tribune des concours, ne retentissaient guère que des dissertations étroites des partisans de l'anatomisme, auxquelles se mêlaient des discussions interminables sur la prépondérance relative de telle ou telle lésion, de tel ou tel désordre matériel dans la génération des maladies. A peine si de loin en loin quelques voix énergiques s'élevaient contre ce torrent et s'efforçaient de ramener la pratique de l'art vers la grande route de l'expérience.— Nous savons combien ce temps d'erreurs, bien trop long assurément, a été remarquable pour la stérilité de productions utiles. Ce n'est pas le nombre des publications qui a manqué : car à aucune époque, peut-être, on n'a plus enfanté de livres que durant ces vingt dernières années. Ce qui a fait faute, ce sont les vrais principes cliniques, les *vues applicables*, les ressources réellement curatives. Il n'en pouvait être autrement, du moment où les médecins à qui leurs talents ou leur position constituaient en quelque sorte le droit de disposer souverainement des destinées de la médecine, se faisaient eux-mêmes les échos des doctrines les plus subversives.

Voulez-vous le secret de cet accord déplorable des médecins les plus éminents, dans la propagation des systèmes? Vous le trouverez, comme au temps de Baglivi, dans le mépris des anciens, dans la précipitation à conclure, dans le goût de l'innovation, dans l'ambition de primer, non par la supériorité des lumières ou par le génie, mais par la conquête plus facile des suffrages de la multitude, et, il faut le dire aussi, par l'éclat de la position, par les honneurs et par la fortune.

Un tel état de choses ne pouvait pas durer. Aujourd'hui la plupart des systèmes tombent ou sont décriés; les systématiques réfractaires n'échappent à la réprobation universelle qu'au prix de concessions destructives de leurs théories; et ceux qui résistent opiniâtrément aux tendances progressives, luttent à peu près seuls contre tous, discourent dans la solitude, ou ne trouvent plus de lecteurs. A leur place, des hommes à la voix haute rappellent à la jeunesse studieuse les vérités éternelles de la médecine, lui montrent les sources ouvertes dans les ouvrages des grands maîtres, la prémunissent contre les illusions dont ils ont été les auteurs ou les dupes, lui proposent enfin pour modèle les préceptes et les exemples des vrais praticiens. Ce n'est pas qu'il n'existe plus rien à reprendre dans la direction actuelle des institutions médicales; beaucoup de professeurs qui avaient sacrifié, comme les masses, aux systèmes en vogue n'ont pu dépouiller entièrement leurs vieux préjugés et s'engager sans faire de faux pas dans le sentier difficile de la véritable médecine; mais il est évident qu'ils s'efforcent de rectifier leurs idées, et qu'en persévérant dans cette nouvelle voie, ils parviendront à les asseoir sur la seule base solide. Nous avons des preuves nombreuses de cette tendance générale dans les leçons professées à la Faculté de médecine et au collége de France, dans les Mémoires soumis aux jugements des corps savants; enfin dans la nature des questions proposées tout récemment, pour sujets de leçons et de thèses, aux concurrents pour la chaire de pathologie interne. Examinons rapidement les signes de l'heureuse transformation dont nous parlons.

A la Faculté de médecine, il y a une émulation louable entre la plupart des professeurs, pour ramener les élèves aux doctrines d'Hippocrate et de ses continuateurs. M. Andral surtout se livre aux plus grands efforts, dans ce sens. Chargé de la pathologie et de la thérapeutique générales, il lui appartenait plus qu'à personne de prendre en main la cause des doctrines qui ont fondé à jamais la pathologie et la thérapeutique. En effet, M. Andral s'acquitte de cette tâche avec toute la supériorité qu'on avait droit d'attendre de son amour du bien et de ses lumières. Il est curieux et instructif d'analyser en peu de mots les opinions actuelles de ce médecin; opinions formulées dans les leçons orales de pathologie générale qu'il fait à la Faculté.

M. Andral a compris que les maladies ne consistent point dans la lésion circonscrite d'un point quelconque de nos organes. Dans la plupart des cas, et toujours lorsque les mouvements pathologiques se généralisent, l'ensemble des organes s'affecte : ce qui produit la fièvre : fièvre symptomatique, quand l'effervescence fébrile dépend d'une lésion partielle et bornée; fièvre primitive ou essentielle, quand la pyrexie précède les altérations des tissus. M. Andral fonde en conséquence le diagnostic des maladies, non sur la détermination isolée des symptômes locaux qui rayonnent des points intéressés, mais en rassemblant les données recueillies

Digitized by Google

et dans les organes malades et dans l'observation de l'ensemble de l'économie. Cette dernière source de détermination se présente souvent en première ligne: car c'est d'elle que partent les notions si importantes de l'état des forces. Toutefois, il ne faut pas sacrifier à la connaissance de l'état des forces, celles de l'état de la matière organique ; encore moins faut-il ne voir autre chose dans les maladies que l'état de la matière organique. Les deux séries de faits doivent marcher ensemble, et c'est sur l'appréciation de leurs rapports que se fonde ou doit se fonder le diagnostic de toutes les maladies. M. Andral ne manque jamais d'insister sur le besoin de procéder, par l'analyse, à la détermination des états morbides. Il se conforme ainsi à la doctrine des éléments pathologiques pratiquée déjà par Hippocrate et formulée plus explicitement par Galien.

La doctrine des éléments, telle que la professe M. Andral, ne le rejette pas, bien entendu, dans les idées surannées sur les intempéries humorales qui ont infecté les écoles du moyen âge. Dans l'opinion de ce médecin, cette doctrine n'est qu'une explication de la méthode analytique à la recherche des principes pathologiques qui se combinent pour produire nos affections. Suivant ces idées, la doctrine élémentaire de M. Andral rentre dans les opinions de Barthez, et se justifie par tous les faits cliniques bien observés depuis Hippocrate jusqu'à présent.

La thérapeutique recommandée par M. Andral se déduit naturellement de la pathologie large que nous signalons, puisque toutes les maladies se présentent avec deux ordres d'indications. Les unes sont relatives à la nature de ces maladies, les autres s'appliquent aux formes des affections. Les médications relatives à la nature des états morbides sont les seules véritablement curatives, parce qu'elles s'adressent aux principes mêmes de l'affection ; les médications relatives aux formes pathologiques ne servent qu'à titre d'auxiliaires, et s'adressent aux circonstances accidentelles des affections. Cependant ces deux ordres d'indications concourent ensemble, parce que toute affection se compose de deux ordres de phénomènes : savoir, de phénomènes essentiels et de phénomènes accessoires.

M. Andral croit enfin à l'action médicatrice des corps vivants ; il fait plus, il est convaincu que cette force médicatrice surpasse le plus souvent les méthodes artificielles de traitement. Aussi, il livre volontiers le cours des maladies aux tendances de la nature, et s'il intervient, c'est seulement pour lui donner plus d'élan. Il va sans dire que M. Andral reconnaît des crises et des jours critiques, c'est-à-dire que M. Andral, plus avancé qu'aucun de ses confrères, a déjà adopté tous les dogmes fondamentaux de la médecine pratique des anciens. Espérons que ce médecin s'affermira de plus en plus dans ces croyances, et qu'il ne donnera pas le spectacle affligeant de passer d'une année à l'autre dans des camps opposés.

Au collége de France, M. Magendie se récrie aussi chaque jour contre la manie d'appuyer le diagnostic de toutes les maladies sur les lésions cadavériques. Il se prononce surtout avec énergie contre les idées accréditées sur l'inflammation. Ce médecin pense aujourd'hui que la plupart de nos affections sont générales et non pas locales, et qu'elles reconnaissent pour point de départ une altération du sang. Il explique ainsi les affections inflammatoires, et l'affection fébrile qu'on désigne sous le nom de fièvre typhoïde. A l'appui de sa manière de voir, M. Magendie multiplie les expériences sur les animaux, et il fait voir en particulier que les phénomènes anatomiques des phlogoses tiennent à la trop grande plasticité des fluides rouges, et les phénomènes anatomiques consécutifs aux fièvres de mauvais caractère qu'on appelle typhoïdes, à la trop grande dissolution du sang. Nous ne nous portons pas garant de la vérité des assertions de M. Magendie ; nous reconnaissons même qu'il force évidemment la pensée que la plupart des états morbides remontent à une altération du sang ; qu'il ne tient aucun compte du rôle supérieur que joue la force vitale, et qu'il néglige trop les principes cliniques propagés par les anciens ; mais on ne peut méconnaître que M. Magendie revient, comme la plupart des médecins modernes, soit par une route, soit par une autre, à une médecine beaucoup plus large, et par conséquent beaucoup plus complète.

L'Académie des sciences, elle-même, a été témoin tout récemment d'un débat fort animé, qui justifie encore du retour des médecins de nos jours à des opinions moins exclusives. Il s'agit de la morve et de sa transmission par voie de contagion. La question de la contagion se rattache à des principes cliniques incompatibles avec certains systèmes. Les partisans de ces systèmes l'avaient senti instinctivement, car ils s'étaient tous prononcés formellement contre l'existence des virus contagieux. Ils n'en donnaient pas souvent de meilleures raisons que celles qu'ils alléguaient à l'appui de leurs autres paradoxes; malgré cela, ils avaient subjugué la plupart des médecins opposants, au point de rendre banale l'opinion sur l'impossibilité de cette voie de propagation des maladies. Le mémoire sur la morve lu devant l'Académie pose en fait, au contraire, que la contagion n'est rien moins qu'une chimère, et que, relativement à la maladie dont il est ici question, elle s'exerce très-énergiquement non-seulement du cheval morveux aux autres animaux de la même famille, mais encore de ces animaux à l'homme. Nous ne savons pas jusqu'à quel point on peut ajouter foi aux arguments d'après lesquels M. Breschet a émis l'opi-

Digitized by Google

nion de la contagion de la morve; nous croyons même que ce chirurgien a poussé trop loin l'idée de cette transmission ; quoi qu'il en soit de ce cas particulier dont nous ne sommes pas chargé de soutenir les inductions, il montre toujours, et c'est pour cela que nous le citons, qu'on se rapproche aussi sur un point si important des résultats de l'ensemble des observations. En effet, les observations montrent qu'il y a des maladies réellement contagieuses, et d'autres maladies qui ne le sont point ; que les maladies ordinairement contagieuses perdent quelquefois ce privilége, suivant les circonstances et les dispositions individuelles ; et réciproquement, que des maladies ordinairement exemptes de ce triste avantage l'acquièrent quelquefois à un degré très-éminent.

Les séances hebdomadaires de l'Académie de médecine ne témoignent pas moins que celles de l'Académie des sciences et les cours des professeurs, de la tendance progressive des idées médicales actuelles. Il serait trop long de poursuivre pas à pas le détail de ces preuves. On les trouve en même temps dans la théorie et dans la pratique, dans la médecine et dans la chirurgie, dans la thérapeutique proprement dite et dans les connaissances collatérales. Cette tendance est tellement prononcée, qu'on peut annoncer d'avance quelle sera, sur une question donnée, la solution qui sera repoussée et celle qui ralliera la majorité des suffrages.

Il existe pourtant une de ces preuves que nous ne voulons pas négliger, c'est celle qui vient de nous être offerte par la Faculté de médecine de Paris, dans le dernier concours pour la chaire de pathologie interne. Cette preuve est d'autant plus décisive, que le jury de ce concours est composé, et de professeurs, et de membres de l'Académie de médecine. Elle consiste dans le genre de questions proposées aux concurrents comme sujets de thèse. La plupart de ces questions touchent aux nuances les plus délicates du vitalisme, aucune n'est renfermée dans le cercle de l'anatomisme, toutes sont proposées dans les termes généraux qui cadrent avec la médecine hippocratique. En voici les titres : de la statistique appliquée à la pathologie et à la thérapeutique ; des métastases ; de la périodicité dans les maladies ; de l'hydropisie ; des prodromes dans les maladies ; de la spécificité dans les maladies ; de l'influence des âges dans les maladies ; de l'hérédité dans les maladies ; des altérations du sang ; de la fluxion et de la congestion ; de l'influence de l'anatomie pathologique sur la thérapeutique ; de la révulsion et de la dérivation. Le simple énoncé de ces questions en dit plus que les plus longs commentaires sur la nature des idées en crédit auprès des notabilités de la médecine actuelle. En les prenant en masse, on les voit toutes empreintes d'un cachet d'humorisme diamétralement contraire au solidisme exagéré de la médecine anatomique; en outre, elles rentrent dans les principes du vitalisme, ou de la doctrine qui rapporte l'origine des fonctions et des affections aux mouvements dynamiques des corps vivants, sans le restreindre comme on le faisait il y a à peine cinq ou six ans, aux troubles fonctionnels et à la lésion physique des organes ; enfin elles exigent, pour leur solution complète, le concours des observations cliniques exécutées dans tous les lieux et dans tous les temps, et ramènent par conséquent à l'expérience des siècles, au lieu de limiter les recherches aux observations d'une secte ou à l'expérience d'un seul homme. Nous ferons néanmoins, en passant, quelques remarques critiques au sujet de quelques-unes de ces questions. Celle de la statistique et de ses applications à la thérapeutique est la plus mauvaise ; elle est entachée d'un vice originel et inhérent à sa nature même ; proposée par un partisan de la méthode numérique, elle ne pouvait être résolue que par la négative, ou dans le sens d'un système décrié qui ne se soutient déjà plus que par l'obstination ou par l'ignorance de ses adeptes. Nous avons plaint de tout notre cœur M. C. Broussais d'avoir eu à traiter une question si antipathique à l'esprit de la médecine clinique. La question de la fluxion et de la congestion, et celle de la révulsion et de la dérivation ont été séparées mal à propos, car elles rentrent nécessairement l'une dans l'autre. En effet la révulsion et la dérivation ne sont que les instruments thérapeutiques opposés à la fluxion et à la congestion, ou si l'on veut la fluxion et la congestion ne sont autre chose que les sujets d'indication des moyens révulsifs et dérivatifs ; il aurait été plus rationnel de fondre les deux questions en une seule, ou de supprimer l'une des deux, car l'une implique l'autre.

Du reste, sauf ces imperfections qui trahissent manifestement le commencement d'une ère de progrès ; il est bien démontré, tant par les questions de ce concours que par les discussions académiques, et la direction imprimée à l'enseignement médical, que les médecins les plus haut placés ont fait divorce avec les idées systématiques des dernières années, et qu'ils marchent à grands pas, et pour ainsi dire enseignes déployées, vers l'empirisme raisonné ou vers la médecine hippocratique.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Mars 1840.

—

Digitized by Google

Cas remarquable d'intussusception ; expulsion d'une portion d'intestin par l'anus ; guérison ; par M. Phelan.

Patrick Doyle, âgé de dix-huit ans, agriculteur, scrofuleux, sujet à des affections vermineuses et à des attaques de colique, a reçu le 1er octobre un violent coup dans la région iliaque gauche. Le malade y a éprouvé une violente douleur et une sorte d'effet intérieur qu'il ne peut décrire, mais cet état s'est promptement dissipé. Le 14 du même mois il est pris subitement de douleurs violentes dans le ventre et de vomissements. Plusieurs purgatifs et des lavements sont administrés sans avantage, le malade les ayant immédiatement rejetés, ainsi que d'autres médicaments.

Le 16, le malade offrait l'état suivant : Abdomen tympanique, douloureux à la pression; pouls 96, petit, compressible; peau à l'état naturel; langue couverte d'une couche jaune; vomissement incessant; accès fréquents de douleurs aiguës à la région hypogastrique.

Le 17, même état; constipation obstinée; physionomie exprimant la souffrance profonde.

Le 18, une tumeur excessivement douloureuse se dessine dans la région iliaque droite, se prolongeant dans le trajet du colon. Cette tumeur a un mouvement vermiculaire distinct ; la douleur diminue par les frictions. Le vomissement qui avait continué sans interruption, a acquis le caractère stercoral, circonstance qui a beaucoup frappé l'imagination du malade.

Le 19, la douleur abdominale a cessé; la matière que le malade rejette a une odeur très-fétide, et sa quantité est considérable.

Le 20, même état. Le malade a des garde-robes pour la première fois; la matière qu'il rend est en petite quantité et de couleur chocolat.

Le 21, selles abondantes et naturelles.

Le 22, fièvre, selles naturelles; plus de vomissements.

Les 23, 24, 25, la fièvre prend un caractère typhoïde grave; subdelirium constant; peau parcheminée; physionomie affaissée; pouls petit et fréquent; diarrhée bilieuse. Vers les trois heures après-midi, le malade tombe dans un profond sommeil et ne se réveille que le lendemain à huit heures du matin, dans un état entièrement apyrétique.

Le 26, faiblesse ; diarrhée.

Le 27, même état.

Le 28, le malade rend par l'anus une portion d'intestin grêle de la longueur de deux pieds. A l'une de ses extrémités cet intestin est noué; à l'autre, il offre une fissure longitudinale de l'étendue de trois pouces; au centre, on observe une fissure analogue de même longueur et de couleur grisâtre. Ses parois sont épaissies et comme macérées. Leur surface interne est couverte de taches noires; les plis de la muqueuse sont à peine reconnaissables.

Cette pièce pathologique a été présentée à la Société médico-chirurgicale de Dublin.

L'état du malade a continué à s'améliorer; il a offert de la sensibilité à l'hypogastre pendant plusieurs jours, puis il a eu de la diarrhée; mais enfin il a fini par guérir.

Gazette des Hôpitaux.—Mars 1840.

Note sur la contagion de la dothinentérie ; par le docteur Féron.

Notre intention ici n'est point de faire un vain étalage d'érudition en mettant en regard les opinions si diverses et si controversées des auteurs sur l'existence de la contagion de la fièvre typhoïde.

Chercher à dévoiler, en nous appuyant sur des théories plus ingénieuses, plus brillantes que solides, les moyens que cette affection met en jeu pour se propager, tel n'est point notre but. Observateur rigoureux, nous nous bornerons seulement à raconter les faits qui, pendant un espace de quatre années, ont été soumis à notre propre observation. Les maladies que nous avons eues à traiter pendant ce laps de temps étaient presque toutes des fièvres typhoïdes, aussi plusieurs points contestés de l'etude de ces sortes de pyrexies ont pu être éclaircis; c'est surtout la contagion, ce point si litigieux, qui a été mis pour nous dans la dernière évidence.

Les grandes cités sont peu propres à l'éclaircissement de cette question, puisqu'il est toujours facile d'accuser le même foyer d'infection, la même constitution épidémique. Quels lieux, plus que les petites localités, peuvent faciliter ce genre de recherches, permettre de suivre les maladies contagieuses dans leurs migrations ?

C'est donc à nous, praticiens obscurs qui exerçons dans les campagnes, qu'il est réservé de rassembler des faits que doit un jour féconder le génie de médecins plus distingués.

Fidèle à notre rôle d'historien, nous allons d'abord rapporter des faits bien capables déjà d'ébranler les convictions les plus arrêtées; puis nous en raconterons quelques autres d'une vérité si éclatante qu'il nous paraît impossible qu'ils ne convainquent pas les partisans les plus résolus de la non-contagion de la dothinentérie. Il nous a été facile de vérifier les opinions émises par le docteur Gendron dans un mémoire sur *les épidémies des petites localités*, publié, il y a quelques années, dans cet intéressant

Digitized by Google

journal : notre propre observation nous a mis à même d'arriver absolument aux mêmes conclusions.

C'est à Bayeux, petite ville du Calvados où nous pratiquons l'art de guérir, que les premiers cas de fièvres typhoïdes ont été observés, et il était fort rare que nous eussions à traiter un seul malade dans la même maison; c'étaient toujours les personnes commises à la garde des fiévreux qui s'alitaient successivement.

Obs. I. — Mademoiselle Letast est atteinte d'une fièvre typhoïde; à peine est-elle convalescente que sa mère, qui lui avait donné des soins, ressent elle-même les prodromes du mal, s'alite et succombe. Mademoiselle Julien, sa sœur, qui était venue de Saint-Vigor, près Bayeux, pour la soigner, est prise, après quelques nuits passées près madame Letast, de la dothinentérie; la maladie, des plus graves, se complique d'accès hydrophobiques qui s'opposent à l'ingestion des boissons, et le huitième jour, elle succombe dans les angoisses de la plus affreuse agonie.

Obs. II. — Madame Marcadet est prise de tous les symptômes de la fièvre typhoïde; le dix-septième jour elle entre en convalescence. A cette époque deux de ses filles, qui s'alternaient auprès d'elle pour passer les jours et les nuits, ne tardèrent pas à s'aliter. Cette affection fut chez elles de la plus grande gravité. Une seule donnait des soins à tous ces malades et semblait devoir être comptée parmi les immunités, mais quelques jours après la convalescence des trois autres, des accidents se déclarent, et le cachet typhoïde est facile à reconnaître. Ces quatre malades durent leur guérison à l'emploi des purgatifs.

Obs. III. — L'enfant de M. Mariette est atteint de fièvre typhoïde; la petite fille, qui couchait auprès de son frère, est également prise des mêmes symptômes vers l'époque de la convalescence du petit malade; la domestique commise à la garde de ces deux enfants ne tarde pas à s'aliter; la mère, après dix jours passés près d'eux, est obligée de cesser tout travail, en proie aux symptômes de cette même fièvre; M. Mariette lui-même est forcé de prendre le lit avec le caractère si frappant de la dothinentérie.

Obs. IV. — Barbeville est une commune distante de Bayeux d'environ quatre kilomètres. Le nommé Hervieu, demeurant à Barbeville, vient à Bayeux voir un de ses amis atteint d'une fièvre putride, pour me servir de l'expression du malade; il passe quelques heures auprès de lui. Sept à huit jours s'écoulent pendant lesquels Hervieu se plaint d'un malaise inaccoutumé; il s'alite enfin et envoie nous prier de venir le voir. A notre première visite les accidents qui s'offrent à notre observation nous annoncent l'invasion d'une fièvre typhoïde, maladie qui dura dix-huit jours et faillit le conduire au tombeau. Des voisins viennent lui prodiguer des soins, et notamment le nommé Lepailleur, qui bientôt est forcé de garder le lit en proie à une fièvre typhoïde des plus intenses qui, en quinze jours, lui ravit l'existence. La nommée Hervieu (Eugénie), qui avait donné des soins à Lepailleur, ne tarda pas également à ressentir les premières atteintes du mal, et s'alite; sa mère, son mari, ses trois enfants, qui lui donnaient des soins ou couchaient dans la même chambre, ne tardèrent pas à être pris de tous les symptômes de l'épidémie. Dans ce hameau il n'est pas une maison qui fut préservée de cette fièvre, et chaque famille vit cette maladie envahir ses foyers suivant une rigueur toute mathématique, c'est-à-dire que c'était une personne qui, ayant été commise à la garde d'un fiévreux, emportait l'affection dans une maison. Un grand nombre de personnes fut atteint, et ce ne fut que dans les commencements que nous eûmes à déplorer la perte de trois malades. Cette affection avait cela de particulier que sa durée n'excédait pas le troisième septénaire, et qu'à cette époque une éruption de sudamina apparaissait, présage d'une guérison prochaine. La méthode évacuante fut spécialement mise en usage.

Cette maladie, que les habitants des communes voisines appelaient du nom de maladie de Barbeville, ne resta pas la triste propriété de cette dernière localité; elle se répandit au loin en suivant le même mode de propagation que nous avons indiqué.

Ainsi:

Obs. V. — Un jeune jardinier, qui était venu passer une nuit auprès d'un malade de Barbeville, revient à Vaucelles, commune voisine. Quelques jours se passent sans qu'il ressente aucun malaise; mais, huit ou dix jours après sa malheureuse visite, la fièvre typhoïde se déclare. Une fille Lecomte, sa fiancée, demeurant à quatre kilomètres de là, à Tour, vient lui donner des soins, et elle ne tarde pas à aller s'aliter avec tous les symptômes de la maladie, et succombe le quarantième jour. Le père, seul gardien de sa fille, ressent lui-même les atteintes du mal; il réclame nos soins, et guérit. Une voisine, madame Lalonde, qui était allée, par pure curiosité, faire une visite à la fille Lecomte, est frappée de la mort de cette dernière; éprouvant du malaise, elle vient à Bayeux nous consulter; nous lui donnons le conseil de retourner chez elle et de s'aliter, lui promettant une visite pour le lendemain. Nous fûmes peu surpris, à notre arrivée, de reconnaître que nous avions affaire à une dothinentérie; des accidents ataxiques se déclarèrent; la malade, tourmentée de l'idée de la mort, annonce sa fin prochaine, et elle succombe le huitième jour de l'affection. La nommée Geneviève passe trois jours près de madame Lalonde; un frisson d'invasion la force de retourner

Digitized by Google

à son domicile; elle nous envoie chercher. Nous ne balançons point à annoncer l'imminence des accidents typhoïdes, qui plus tard se déclarèrent, et auxquels la malade faillit succomber.

Obs. VI. — Une femme de Croucq était allée à Campigny (trois kilomètres de distance) ensevelir une petite fille nommée Jeanne, qui était morte de la dothinentérie; revenue dans ses foyers, elle ne tarda pas à devenir la proie de cette même affection. La nommée Duclos, qui pendant sa maladie était allée lui rendre visite, présente bientôt elle-même tous les symptômes de cette redoutable fièvre. Ce fléau est désormais acquis à cette malheureuse commune; il sévit successivement sur le mari, la mère, la belle-mère, le beau-frère et une pauvre garde-malade. C'était un triste spectacle à voir que ces malheureux entassés dans le même appartement, et objets d'épouvante pour tout le village, où de nombreux cas de fièvre typhoïde ont été observés. La mère de la femme Duclos, travaillée déjà par la maladie, se sent encore la force de retourner chez elle à Vaubadon (huit kilomètres de distance), où elle-même devait bientôt devenir le germe d'une maladie jusqu'alors inconnue dans cette dernière localité; aussi à peine quelques jours se furent-ils écoulés que sa seconde fille, qui n'avait pas quitté Vaubadon, ressent, après quelques nuits passées auprès de sa mère, les premiers symptômes de la fièvre typhoïde. Ces deux cas ne furent pas les seuls qu'on eut à observer dans cette dernière contrée.

Nous pourrions nous arrêter là avec la pensée que ces quelques faits porteront seuls la conviction dans l'esprit des anti-contagionistes; mais nous ne pouvons, nous ne devons pas résister au désir de rapporter deux faits qui prouvent encore d'une manière péremptoire, incontestable, que la fièvre typhoïde est essentiellement contagieuse.

Obs. VII. — Madame Anguet quitte Moslis pour aller donner des soins à sa fille, habitant le village de Commis-sur-Mer, commune distante de huit kilomètres; on la dit atteinte d'une fièvre putride. Pendant trente jours la mère prodigue à sa fille les soins les plus empressés, et lorsque celle-ci est convalescente, madame Anguet revient chez elle. Huit jours s'écoulent pendant lesquels elle ressent du malaise, de l'inappétence, un brisement de membres et une céphalalgie insupportables; mais bientôt la scène change, et des phénomènes typhoïdes se déclarent. Sa seconde fille, qui n'avait point quitté Moslis, passe elle-même trente-six jours auprès de sa mère; mais des prodromes inquiétants se manifestant, nous conseillons le repos et un éméto-cathartique, qui firent justice de ces prodromes. Une femme du village vient remplacer pendant quelques jours la fille auprès de la mère; au bout de cinq à six jours elle ne peut continuer ses soins, s'alite avec tous les symptômes qui signalent l'invasion de la dothinentérie. Notre confrère et ami M. Youf est mandé, et, malgré ses soins éclairés, la malade succombe en peu de jours.

Obs. VIII. — Un enfant dont les parents demeuraient à Caen était allé passer quelques jours à Castillon, là où la fièvre typhoïde exerçait ses ravages. A la nouvelle des victimes que cette maladie faisait chaque jour, le père s'empresse d'aller chercher son fils. A peine quelques jours furent-ils écoulés depuis son retour à Caen, que la fièvre typhoïde se déclare. Une jeune domestique, commise à la garde de l'enfant, est elle-même prise de cette fièvre. Les parents, mandés, s'empressent de faire partir leur fille pour Argonchy, commune de l'arrondissement de Bayeux. Le père nous envoie chercher immédiatement. A notre arrivée, nous ne tardons pas à annoncer la présence de la dothinentérie. Jamais, que nous sachions, nous n'avons vu cette maladie avec un cortége aussi effrayant : les traits sont effilés; les yeux caves et tristes; la voix presque éteinte, rauque; la surdité considérable; le pouls entièrement insensible à l'artère radiale et à la temporale; les battements du cœur sont à peine perçus par l'oreille la plus attentive; les vomissements répétés; les selles innombrables et fétides; le ventre météorisé. La malade présente les symptômes d'un choléra asiatique, sauf la nature des selles, le météorisme, qui était remarquable, et l'absence des crampes.

De pareils faits, nous en sommes convaincu, parlent assez haut en faveur de la contagion de la fièvre typhoïde. Nous demandons à tous nos confrères qui, comme nous, ont eu à observer ce genre de pyrexie, s'ils ne partagent point sur ce point notre propre opinion. C'est du moins celle des praticiens éclairés avec lesquels nous avons eu à traiter cette terrible maladie, qui ne paraît pas devoir cesser immédiatement ses ravages dans notre arrondissement, et qui doit ultérieurement nous fournir bon nombre d'observations que nous nous empresserons de faire connaître au public médical.

Journal des conn. méd.-chir. — Mars 1840.

De la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838 (1); par M. Voillemier.

(Suite et fin.)

Après avoir décrit aussi fidèlement que possible

(1) Voir les numéros de janvier et février 1840, des *Annales de Médecine belge et étrangère.*

Digitized by Google

les altérations pathologiques et les symptômes que j'ai observés, il me resterait encore à dire quelle corrélation existait entre eux; mais, il faut l'avouer, s'il était quelquefois permis de diagnostiquer certainement ou une péritonite à cause d'un épanchement constaté dans la cavité du péritoine, ou des abcès dans l'épaisseur des muscles des membres, jamais il n'était possible de savoir si l'on rencontrerait du pus dans les veines, dans les lymphatiques, dans le tissu cellulaire, ou dans l'épaisseur de l'utérus. On pouvait tout au plus avoir quelques présomptions, en se fondant sur les autopsies précédentes, pour prévoir les lésions qui se présenteraient, à cause de l'espèce d'uniformité qu'affectent dans leur développement tout entier les maladies épidémiques. C'est qu'en effet la fièvre puerpérale n'est pas une maladie de tel ou tel organe en particulier; ce n'est pas plus une métro-péritonite qu'une phlébite utérine ou une lymphite, mais une affection éminemment générale. On a trop négligé l'étude de ses symptômes pour lui préciser un siége et la localiser dans une lésion anatomique plus ou moins constante, et on est forcé d'admettre qu'à un même groupe de symptômes peuvent se rapporter les altérations anatomiques les plus différentes.

Si, cependant, ne considérant plus quel est le siége de ces altérations, on envisage seulement leur nature, on verra que peu importent les tissus affectés, les veines ou les lymphatiques, le péritoine ou l'utérus, mais qu'il existe un caractère anatomique invariable, la présence de pus dans l'économie. Maintenant, que ce pus se rencontre presque constamment dans le péritoine, cela s'explique par les modifications importantes qu'a éprouvées cette membrane pendant la gestation, par les tiraillements que lui font subir les contractions répétées de l'utérus après l'accouchement, et par la susceptibilité phlegmasique si prononcée des séreuses; que ce pus soit assez souvent dans les veines, dans les vaisseaux lymphatiques et dans l'épaisseur du tissu même de l'utérus, cela s'explique encore par le développement considérable de ces organes, par leur vitalité si singulièrement exagérée. Mais on comprend aussi comment toutes ces lésions peuvent exister isolément ou être réunies, comment elles se trouveront manquer tandis qu'il y aura, cependant, du pus dans l'épaisseur des muscles, ou dans le tissu cellulaire du bassin, comment il ne se rencontrera aucune altération anatomique appréciable si les éléments du pus n'ont pas encore eu le temps de se fixer, et enfin comment des caractères anatomiques si divers en apparence appartiennent à un même ordre de symptômes.

Si les limites de cet article de journal me l'eussent permis, j'aurais rapporté ici quelques-unes des nombreuses observations que j'ai recueillies; on eût été frappé tout d'abord de la similitude qu'elles présentent dans leur ensemble. Même rapidité dans l'invasion de la maladie, même succession et pour ainsi dire identité de nature dans les symptômes, même résultat funeste; c'est à peine si elles diffèrent entre elles par quelques détails; — et cependant quelle variété dans les altérations anatomiques, du moins quant à leur siége! Tantôt il existe une collection d'un liquide puriforme dans les muscles des membres, tantôt le pus se rencontre dans les cavités séreuses, le péritoine, les plèvres, les articulations; chez une malade, le pus est contenu dans les veines ou les lymphatiques; chez cette autre, il remplit le tissu cellulaire du bassin; ou bien, enfin, les recherches les plus minutieuses ne font découvrir aucune lésion. S'agit-il donc ici de maladies parfaitement distinctes : d'une fièvre ataxique, d'un phlegmon, d'une phlébite, d'une péritonite, d'une lymphite? Mais, alors, pourquoi cette identité dans les symptômes?

C'est que, dans tous ces cas, il existait un état pyogénique de l'économie, constituant à lui seul toute la maladie, et qui tantôt s'est révélé par des lésions anatomiques manifestes, tantôt a échappé à nos investigations quand une mort trop prompte ne lui a pas laissé le temps de se traduire par quelque altération locale. Maintenant, que tel ou tel organe ait été affecté suivant telle ou telle prédisposition, cela n'est pas d'une grande importance. Qu'importe ici le siége de l'altération, pourvu que sa nature soit la même? Je me laisserais presque entraîner à dire : Qu'importe même que cette altération ait été constatée dans les cas où les symptômes sont là pour prouver que cette altération, bien qu'elle n'ait pas été appréciable dans l'état actuel de nos connaissances, n'en existait pas moins?

Est-ce à dire, pour cela, que chez une femme en couche toute maladie sera une fièvre puerpérale, qu'il ne saurait y avoir de métrite, de péritonite, de pleurésie même? Non, sans doute; mais, quand ces maladies existent seules, elles ont aussi d'autres symptômes que ceux de la fièvre puerpérale. C'est ce que chaque jour, dans la pratique civile, on a occasion d'observer. Dans les hôpitaux, au contraire, et au milieu d'une épidémie, existât-il une de ces affections toutes locales, le plus souvent elle deviendra le point de départ d'une véritable fièvre puerpérale, dans laquelle elle viendra se confondre et ne sera plus qu'un épiphénomène.

La fièvre puerpérale serait donc une maladie essentiellement générale, dont le caractère anatomique est l'existence de pus dans tel ou tel point de l'économie. Ce n'était pas à moi qu'il convenait de changer en rien le langage médical; sans cela j'aurais cru rendre parfaitement ma pensée en désignant la maladie que j'ai décrite ici sous le nom

Digitized by Google

de fièvre pyogénique des femmes en couche.

Traitement. — Dans la plupart des écrits où se trouve traitée d'une manière générale l'histoire de la fièvre puerpérale, nous voyons les auteurs étaler, comme à plaisir, une longue liste des moyens thérapeutiques employés dans cette maladie, pour déclamer ensuite contre leur impuissance. Il n'y a pas justice à parler ainsi. Les exemples surabondent de ces épidémies, qui n'épargnaient aucune nouvelle accouchée, effrayantes par la rapidité de leur invasion et leur résultat inévitable, qui reculèrent cependant devant une sage méthode de traitement. Ainsi, les docteurs Alexandre Gordon, Armstrong, Hey, Denman, dans des lieux différents, dans des épidémies différentes, employèrent la saignée et obtinrent d'immenses résultats. Boer, à Vienne, avait essayé plusieurs médications toujours inutilement; il a recours aux purgatifs, et guérit ses malades. Doulcet, à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans une épidémie où toutes les malades périssaient, saisit, comme une indication précieuse, quelques vomissements éprouvés par une nouvelle accouchée, prescrit l'ipécacuanha, et de ce jour l'épidémie est vaincue. Que dirai-je alors de la fièvre puerpérale sporadique? Ne la voit-on pas tous les jours céder à l'emploi des émissions sanguines, des purgatifs, de l'ipécacuanha? Ce dernier médicament surtout ne compte-t-il pas des succès presque constants? Je ne saurais mieux faire que de citer ici les paroles de M. le professeur Trousseau: « Pendant cinq ans que nous avons eu à l'Hôtel-Dieu de Paris un service de soixante lits de femmes, où nous recevions un très-grand nombre de femmes en couche, jamais nous n'avons manqué d'administrer l'ipécacuanha aux femmes récemment accouchées, quelle que fût d'ailleurs l'affection locale dont elles étaient atteintes, et jamais nous pouvons ici l'affirmer, nous n'avons vu le moindre accident résulter de cette pratique; et, au contraire, dans presque tous les cas, nous avons obtenu la guérison ou un notable amendement. »

A tous ces exemples on opposera les exemples aussi nombreux d'épidémies résistant à toutes les médications: celles qui eurent lieu, en 1800, à l'hôpital Sainte-Catherine de Milan; en 1812, dans le grand hôpital de Dublin; en 1829, 1831, 1834, à l'hôpital de la maternité; on citera Guillaume Hunter, Baudelocque Désormeaux, essayant tous les traitements et presque toujours sans succès. Mais est-ce donc la faute de la thérapeutique? Ne faut-il pas plutôt accuser l'impuissance de la pathologie, si peu avancée dans tout ce qui regarde l'étude des maladies épidémiques? Du moment qu'on a pu, soit à l'aide d'un traitement rationnel, soit même à l'aide d'une médication empirique, entraver quelquefois la fièvre puerpérale, il faut avouer, quand nous voyons nos efforts inutiles, que nos insuccès sont peut-être dus à ce que nous n'avons point saisi avec assez de sagacité quelques indications fournies par la forme particulière de la maladie, et à ce découragement coupable qui paralyse jusqu'à la faculté d'observer chez ceux qui n'ont point foi dans la thérapeutique.

Émissions sanguines. — Pour les médecins qui ne voient dans la fièvre puerpérale qu'une phlegmasie de tel ou tel organe, les saignées devaient nécessairement, dans le traitement de cette maladie, tenir le premier rang. Elles furent assez souvent employées, et on ne peut nier que des succès assez nombreux n'aient été obtenus; mais ce fut toujours quand l'affection ne régnait que d'une manière sporadique, ou dans quelques épidémies rares où elle avait revêtu une forme inflammatoire des plus prononcées. Dans les épidémies les plus fréquentes, au contraire, c'est la forme typhoïde qui domine, et alors il reste prouvé jusqu'à l'évidence, par l'observation, que les saignées, loin d'apporter le moindre amendement dans les symptômes, les aggravent, et deviennent même la cause d'accidents nouveaux. C'est que, dans ces circonstances surtout, la fièvre puerpérale n'est point une simple phlegmasie, mais une affection générale avec quelque chose de spécial, un mal plus grave et moins connu. Il ne faut pas oublier, en outre, que, dans les hôpitaux, les malades se trouvent au milieu des conditions hygiéniques les moins favorables, que l'on a affaire le plus souvent à des natures appauvries. On doit prendre garde de porter la moindre atteinte à de pareilles constitutions, et de leur ôter les moyens de résister aux influences pernicieuses auxquelles elles ne cessent d'être soumises. Deux fois, dans le courant de l'année dernière, nous avons eu occasion d'observer des femmes chez lesquelles la forme inflammatoire de la maladie avait commandé l'emploi des émissions sanguines; une saignée du bras de trois palettes avait été pratiquée, en même temps qu'une trentaine de sangsues avaient été appliquées sur l'abdomen, et une amélioration notable avait été le résultat de cette médication. Cependant les malades étaient tombées tout à coup dans un état extrême de faiblesse, la convalescence, au lieu d'être franche et rapide, se prolongeait. Les organes, interrogés avec le plus grand soin, ne présentaient pourtant rien de particulier; le pouls seulement était resté faible, ondulant et très-fréquent. L'une de ces malades ne put résister à l'influence épidémique qui régnait encore, fut de nouveau envahie par le mal et succomba; l'autre fut longtemps souffrante et ne sortit de l'hôpital qu'imparfaitement rétablie. Ces cas n'étaient pas rares où il fallait employer tous les moyens pour soutenir une convalescence toujours douteuse; ce n'était alors que par un traitement tonique bien entendu que l'on parvenait à relever ces

Digitized by Google

organisations terrassées par la maladie et débilitées par les émissions sanguines.

Les émissions sanguines n'en restent pas moins une de nos principales ressources thérapeutiques dans le traitement de la fièvre puerpérale, et ce que nous venons de dire n'a pour but que de montrer avec quel discernement il faut choisir les cas qui les réclament, et avec quelle réserve elles doivent être employées. Même quand la maladie se présentait avec une forme phlegmasique des plus évidentes, M. le professeur Dubois ne recourait à la saignée qu'avec la plus grande défiance ; et quelquefois encore, après une saignée de deux ou de trois palettes, on voyait bientôt la scène changer, une faiblesse extrême succéder à l'exaltation des forces ; le pouls, auparavant dur et développé, devenir ondulant et dépressible, et enfin se manifestait tout un cortége d'accidents typhoïdes que rien ne pouvait faire présumer. Que serait-il donc arrivé dans ces cas si, au lieu d'agir avec cette prudence, on eût porté la saignée jusqu'à la syncope, comme le voulait Gutch, ou bien à la dose de vingt-quatre onces dès le début de la maladie, ainsi que le faisaient Armstrong et *Hey*? Si, au contraire, après une première saignée, *le pouls restait* développé ou se relevait encore, on ouvrait *de nouveau* la veine, des sangsues en assez grand nombre étaient appliquées sur l'abdomen. En essayant ainsi les forces des malades, prêt à renouveler les émissions sanguines ou à les suspendre suivant les résultats, on obtenait tous les avantages de cette médication sans avoir à craindre les accidents graves que peut entraîner son emploi inconsidéré. Quand la maladie présentait seulement quelques symptômes inflammatoires douteux, ou *revêtait, dès le* début, une forme typhoïde, on n'em*ployait jamais* que des émissions sanguines locales. Vingt à trente sangsues étaient appliquées, dès l'invasion des accidents, dans l'une des fosses iliaques ou dans toutes les deux à la fois, selon que la douleur était plus ou moins limitée, et il était rare que cette application ne fût pas suivie rapidement d'un amendement notable des douleurs. Il fallait bien se garder cependant de tirer, dans tous les cas, un augure trop favorable de cette diminution des souffrances ; car souvent coïncidait avec elle un commencement de météorisme, et la maladie continuait à marcher.

On a reproché à ce moyen thérapeutique d'exposer les malades au froid, de soustraire de la circulation une quantité de sang qu'on ne pouvait bien apprécier, et nous avons cherché avec soin quelle valeur on devait accorder à ces deux assertions. Pour appliquer des sangsues dans la région hypogastrique, et depuis qu'elles sont employées pour combattre les douleurs abdominales et non plus pour ramener les lochies, il est rare qu'on les applique ailleurs ; il suffit de soulever les couvertures sur le côté du lit, et il n'est pas nécessaire de découvrir entièrement les malades. C'est ainsi que l'on a le soin d'agir le plus ordinairement à l'hôpital des cliniques, et dans les cas mêmes où la négligence des infirmières avait laissé les femmes découvertes, jamais on n'a eu a noter des accidents causés par l'action du froid. Ce n'est pas qu'il soit inutile de prendre des précautions contre cette cause si fréquente de maladies, mais, outre que son influence a peut-être été exagérée, il est facile de l'éviter. Quant à l'autre reproche, il est encore moins fondé que celui-là. Avec un peu d'habitude, on peut très-bien apprécier la quantité de sang perdue par la malade; et de plus, comme cette perte a lieu assez lentement, on est toujours à même de l'arrêter, suivant l'état du pouls.

Mais nous serons encore obligés de répéter, à propos des sangsues, ce que nous avons dit de la saignée ; malgré les résultats heureux qui, dans le plus grand nombre des cas, suivent leur application, il faut apporter une grande réserve dans leur emploi, lorsque la fièvre puerpérale débute avec des symptômes typhoïdes bien prononcés. Quelquefois même on doit renoncer entièrement à ce moyen thérapeutique, qui ne pourrait être que nuisible, et par lui-même, et en empêchant de recourir desuite à un autre mode de traitement.

Cataplasmes.— Bains.— Injections. — Presque toujours, à la suite des émissions sanguines, on employait quelques autres moyens accessoires qu'il faut bien se garder de négliger : ce sont des cataplasmes des bains, des injections ; mais on doit apporter dans leur emploi des précautions minutieuses si on veut en tirer quelque fruit. Ordinairement, après la chute des sangsues, on appliquait sur le ventre un cataplasme peu épais, très-large, de manière à couvrir les parois antérieures et latérales de l'abdomen. Il était changé plusieurs fois le premier jour à cause du sang qui l'imbibait, puis matin et soir seulement les jours suivants. Jamais cette application n'était précédée des frictions mercurielles que Chaussier recommande pour empêcher qu'il ne s'attache à la peau en se desséchant et ne cause ensuite de vives douleurs au moment où il est détaché ; les cataplasmes n'étaient pas non plus posés à nu sur l'abdomen, de peur que quelques parcelles de graine de lin, en s'introduisant dans les piqûres des sangsues, ne vinssent à les enflammer, et parce que, à moins d'essuyer durement le ventre, ce qui serait très-douloureux, il restait toujours adhérentes à la peau quelques parties aigries du cataplasme qu'on enlevait. Pour remédier à ces inconvénients, M. Dubois faisait recouvrir la graine de lin d'une gaze. Quand les douleurs abdominales étaient encore très-vives malgré l'application des sangsues,

Digitized by Google

on arrosait le cataplasme d'une quantité considérable de laudanum ; mais si elles étaient assez intenses pour que le poids même des couvertures ne pût être supporté, il fallait renoncer entièrement au cataplasme, que l'on ne remplaçait qu'imparfaitement par des lotions narcotiques.

Les bains généraux, à qui un assez grand nombre de médecins accordent une grande efficacité, n'ont jamais été suivis de résultats bien heureux. Dans deux cas seulement, les malades en ont retiré un soulagement notable ; mais, dans tous les autres, elles voyaient augmenter la difficulté qu'elles avaient à respirer, et au bout de huit à dix minutes on était obligé de les reporter dans leur lit. Malgré tout le soin que l'on prenait pour les préserver du froid, pour leur épargner la moindre secousse, il arrivait fréquemment qu'elles se trouvaient prises de frisson, que les douleurs fussent plus fortes au sortir du bain qu'avant.— Quant aux injections que l'on employait dans les cas où les lochies avaient une odeur fétide, où l'on soupçonnait que des caillots, des parties de placenta étaient restés dans la cavité utérine, elles ont été constamment de la plus grande utilité. Mais leur emploi exigeait, pour être efficace, deux précautions très-importantes : c'était de porter l'injection jusque dans l'utérus, et de se servir d'un liquide qui, sans être trop chaud, le soit assez pour ne pas déterminer de frisson.

Purgatifs. — Dans aucune des formes de fièvre puerpérale que nous avons décrites, les purgatifs n'ont été employés exclusivement ; ils ne venaient qu'après les émissions sanguines, dont ils étaient comme le complément. Aussi étaient-ils plutôt prescrits dans la forme inflammatoire, qui est souvent compliquée d'une constipation opiniâtre, que dans la forme typhoïde, dont un des caractères les plus graves est une diarrhée abondante. Ce n'est point ici le lieu de soulever cette question de savoir si ce dernier symptôme est un effort critique de la nature, si les raisons apportées à l'appui de cette opinion, telles que l'odeur fétide des selles, leur abondance, l'état d'intégrité du tube digestif, sont bien concluantes ; mais, quoi qu'il en soit, et en admettant même cette hypothèse, il faut encore apporter une certaine réserve dans l'emploi des purgatifs. Plus d'une fois nous avons observé des diarrhées survenues spontanément ou provoquées dont il était impossible de se rendre maître, et qui, par leur extrême abondance, jetaient rapidement les malades dans un état de faiblesse très-grave. M. Baudelocque n'attache pas une grande importance à ces évacuations abondantes et regarde comme un inconvénient bien secondaire l'extrême débilité qu'elles produisent ; nous croyons cependant qu'il faut accorder plus d'attention à cet accident, dans une maladie où l'épuisement est quelquefois si prononcé dès le début. Mais généralement l'effet des purgatifs n'était pas porté aussi loin ; la diarrhée s'arrêtait d'elle-même au bout d'un ou deux jours, après avoir singulièrement favorisé l'action des émissions sanguines. Quant au purgatif dont on faisait usage, c'était presque constamment l'huile de ricin, dont l'action modérée est pourtant suffisante, car rarement on a été obligé d'y recourir une seconde fois pour obtenir des selles. M. Dubois l'associe à une égale quantité de sirop de limon, précaution qu'il ne faut pas négliger, afin de rendre la potion moins désagréable au goût et d'empêcher qu'une partie ne soit rejetée.

Préparations mercurielles.— Les préparations mercurielles ont été rarement employées, et dans aucun cas elles ne le furent dès le début de la maladie. Vandenzande, qui le premier érigea l'emploi du mercure en une véritable méthode de traitement, lui accorde une action spécifique ; M. Velpeau le regarde seulement comme un altérant énergique ; mais tous les deux recommandent de le prescrire dès l'invasion du mal, car, pour être efficace, il faut que son action puisse être si rapide que la maladie contre laquelle il est dirigé. M. Dubois est loin de reconnaître à ce médicament une efficacité aussi grande, et, ne le regardant que comme une ressource accessoire très-infidèle, il ne l'employait qu'à une époque déjà avancée de la maladie, dans le courant de la seconde période. Il le prescrivait alors en frictions sur l'abdomen, les cuisses, les bras, à la dose d'une à deux onces par jour, ne pouvant guère l'administrer à l'intérieur à cause de la diarrhée et des vomissements qui existaient déjà. Malgré le petit nombre de femmes chez lesquelles le mercure fut employé, il en est deux cependant qui manifestement ont dû la vie à cette médication. L'observation de l'une d'elles a été rapportée au commencement de ce mémoire en parlant des causes de la fièvre puerpérale. Dans aucun cas nous n'avons rencontré ces gangrènes de la bouche dont quelques auteurs ont parlé, et, loin d'avoir à constater des lésions aussi graves, nous avons été plutôt frappés du peu d'action de ces frictions mercurielles, quoique portées à une dose si élevée. Le plus souvent elles n'ont produit qu'un léger gonflement des gencives et une salivation peu abondante.

Il ne sera question ici que pour mémoire des émétiques, des toniques, des révulsifs, etc., etc., etc., qui n'ont été employés que très-rarement, comme simples ressources accessoires, à des époques avancées de la maladie, et presque jamais d'une manière assez suivie pour que l'on pût apprécier leur valeur.

JOURNAL DES CONN. MÉD.-CHIR.—Mars 1840.

—

Digitized by Google

Des Névroses; par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Qu'entend-on par névrose en pathologie interne?

La lésion vitale d'un centre nerveux ou d'une division quelconque de ce système, sans fièvre et sans phénomènes inflammatoires locaux, à marche le plus souvent intermittente, souvent accompagnée de symptômes alarmants et qui cependant peuvent être exempts de tout danger, ne laissant après la mort aucune trace appréciable aux sens, qui puisse rendre compte des phénomènes observés pendant la vie.

On pourrait résumer cette définition en peu de mots, en se bornant à dire que la *névrose* est une maladie apyrétique sans matière, c'est-à-dire sans lésion matérielle appréciable. Au moyen de cette définition nous distinguons suffisamment les névroses d'avec la *fièvre intermittente*, que beaucoup d'auteurs ont rattachée aux névroses du système ganglionaire.

Mais pour ne pas rester dans le vague, et pour appuyer sur des faits rigoureusement observés l'existence des névroses considérées comme maladies spéciales, il nous faut arriver aux espèces, et caractériser par des détails suffisants les individualités morbides qui doivent être rapportées à l'ordre des névroses.

I. Nous parlerons d'abord des névroses *cérébrales* que nous distinguerons en quatre genres, suivant qu'elles attaquent le sentiment, le sentiment et le mouvement, l'intelligence, ou ces trois fonctions à la fois. Dans chacun de ces genres seront comprises non-seulement les espèces où une seule fonction se trouve en effet lésée, car dans la plupart des cas cet isolement n'est pas rigoureux, mais encore celles où il y a simplement prédominance de l'une des lésions que nous avons signalées :

1er genre : Lésion du sentiment, *hémicrânie* ou migraine.

2e genre : Lésion du sentiment et du mouvement, hypochondrie ou *mélancolie* et *hystérie*.

3e genre : Lésion de l'intelligence ou *vésanies*.

4e genre : Lésion des trois fonctions, à la fois, *catalepsie*, *apoplexie*, *épilepsie*, *convulsions*, *syncope*.

J'ai exclu de ce cadre la rage ou *hydrophobie*, parce que, bien que la maladie une fois déclarée offre les principaux caractères d'une névrose, cependant la cause spéciale de la maladie doit la faire ranger à part et rapporter de préférence au groupe des maladies virulentes. On ne saurait d'ailleurs en séparer l'histoire de celle de l'hydrophobie *spontanée* qui est bien réellement une névrose. Choisissons maintenant, parmi les espèces que nous venons de nommer, celles qui nous paraîtront les plus propres à faire ressortir les caractères attribués aux névroses.

1° La *migraine* n'est-elle pas l'exemple le plus frappant qu'on puisse offrir d'une maladie essentiellement nerveuse? Un individu bien portant se sent tout à coup atteint d'un sentiment de malaise et d'engourdissement bientôt suivi d'une douleur vive le plus ordinairement bornée au front, quelquefois même s'irradiant dans toutes les divisions de la branche frontale du nerf ophthalmique de *Willis*. Cette douleur est accompagnée de pâleur et altération profonde des traits, prostration générale, souvent nausées et vomissements sympathiques, impuissance des sens, que le moindre bruit, la moindre lumière fatiguent ; engourdissement des facultés intellectuelles, etc. Au bout de quelques heures, de vingt-quatre au plus, le calme renaît, un sommeil réparateur survient, le malade se réveille encore un peu brisé par la souffrance ; puis, dès le jour suivant, ces accidents si douloureux et si graves n'ont pas laissé la moindre trace !

2° L'hypochondrie ou la *mélancolie* est encore une névrose des mieux caractérisées. Elle est souvent amenée par cette prédisposition physique dite, par les anciens, *atrabilaire*. L'atrabile était pour eux un sang épaissi et noirâtre qui circulait mal et coloraít le teint en noir, et aussi une bile épaisse et noire qui troublait les fonctions digestives. Il est sûr que chez les sujets de constitution mélancolique, la coloration foncée des cheveux et du teint, le volume des veines, dilatées par un sang noirâtre, la teinte jaunâtre de la sclérotique, la constipation, et l'empêchement de la transpiration, composent un ensemble de phénomènes qui rend facilement compte de l'hypothèse des anciens. Mais l'hypochondrie peut aussi survenir accidentellement, comme dans l'exemple cité par *Fred. Hoffmann*, d'un courtisan, jusque-là très-bien portant, qui, à la suite de l'ébranlement physique et moral profond qu'il ressentit d'une chute de cheval, vit tout à coup se développer chez lui tous les phénomènes de l'hypochondrie, tels que flatuosités, distension de l'estomac et des hypochondres, craintes et terreurs sans fondement, abattement et dégoût de l'existence. L'hypochondrie tient à une susceptibilité nerveuse générale qui fait que l'on exagère la moindre sensation, soit sensuelle, soit viscérale, transmise au cerveau par les communications ganglionaire et spinale. De là, les phénomènes locaux siégeant tour à tour dans les organes de la digestion, de la respiration, de la circulation, phénomènes qui cessent quelquefois brusquement lorsque d'agréables distractions viennent faire disparaître la préoccupation morale qui entretient les craintes exagérées des hypochon-

Digitized by Google

driaques. Cette affection ne diffère des vésanies que par l'intégrité des fonctions de l'intelligence et la conservation du libre arbitre qui ne se laisse point entièrement maîtriser par l'idée dominante, comme dans la *lypémanie* ou monomanie triste. L'hypochondrie peut co-exister pendant un grand nombre d'années avec une santé générale très-bonne, à cela près des phénomènes nerveux indiqués. Mais, surtout chez les sujets dont la constitution physique est primitivement *mélancolique*, il peut arriver qu'au bout d'un certain temps, sous l'influence des troubles répétés qu'apportent dans la circulation, la respiration, la nutrition, l'état moral de l'hypochondriaque, il peut arriver, dis-je, que des dérangements matériels s'opèrent consécutivement, et que tel ou tel viscère s'affecte. Ainsi, l'aliénation mentale, l'hémoptysie, la phthisie, une maladie du cœur, un cancer de l'estomac, un squirrhe de l'utérus, des obstructions de la veine porte et du foie, des calculs biliaires, etc., peuvent s'observer à la suite d'une mélancolie invétérée.

Un jeune homme, d'un teint brun foncé et ayant tous les attributs physiques du tempérament atrabilaire des anciens, après avoir eu dans son enfance l'humeur assez bizarre, devint, vers l'âge de 20 ans, sombre et mélancolique. Préoccupé de craintes et d'alarmes qui se rapportaient tantôt à une fonction tantôt à une autre, il se frappa de l'idée qu'il était devenu impuissant, puis, qu'il avait les viscères digestifs paralysés, etc. Pendant plusieurs années, on ne put découvrir aucun indice de lésion matérielle; mais enfin le poumon se prit, des hémoptysies survinrent et le malade succomba.

La plupart des ambitieux, des savants, des littérateurs, des grands artistes ont été plus ou moins mélancoliques. Mais sous ce rapport, on peut les partager en trois classes : ceux qui ont conservé intacte toute l'énergie de leur intelligence, comme Néron, Tibère, Louis XI, Napoléon ; ceux qui ont été sujets à des hallucinations, comme Socrate qui avait des entretiens avec son génie familier, Pascal qui croyait voir un abîme à ses côtés ; ceux enfin qui paraissent avoir eu réellement quelques accès d'aliénation passagère, tel que le lubrique et farouche Caligula.

3° L'*hystérie* présente deux formes importantes à distinguer : l'une simple, qui est aux femmes ce que l'hypochondrie est aux hommes ; et l'autre que caractérisent des accès convulsifs ou *attaques de nerfs*. Y a-t-il rien de plus effrayant à la première vue que ces plaintes, ces gémissements, ces accès de strangulation et de suffocation, ces contorsions des membres, cette impossibilité d'exercer les fonctions de relation (quoique la perception reste intacte), qui s'observent dans les attaques d'hystérie? Et cependant, en quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure au plus, on voit tous les symptômes se dissiper sans laisser de trace. C'est bien à tort d'ailleurs que la plupart des anciens et quelques modernes ont fixé le point de départ de tous les accidents hystériques dans l'utérus. On les observe en effet, quoique très-rarement à la vérité, chez de petites filles encore impubères, plus fréquemment chez des femmes qui ont dépassé l'âge critique, et enfin chez des sujets qui ne présentent aucun symptôme local propre à indiquer une affection utérine.

Quel abus n'a-t-on pas fait depuis quelques années de l'examen de l'utérus à l'aide du *speculum* et des inductions tirées de cet examen! Les faits se présenteraient en foule si je voulais citer des exemples des erreurs dangereuses auxquelles se sont laissés entraîner des praticiens trop pressés de regarder comme ayant une valeur décisive une foule de circonstances insignifiantes de coloration, de volume, de situation, etc., du col de l'utérus. Qu'il me suffise d'indiquer les deux ou trois cas suivants.

Une dame, préoccupée des idées régnantes et voyant nombre de ses connaissances atteintes de la maladie *à la mode*, que l'on combattait par les traitements les plus actifs : coucher rigoureux, régime sévère, saignées du bras répétées, cautérisation du col de l'utérus, etc., finit aussi par se croire elle-même menacée d'une maladie de matrice. Une foule de petits accidents auxquels elle n'avait accordé jusque-là aucune importance fixèrent sérieusement son attention. Bientôt des douleurs dans les reins, l'hypogastre, les aînes, les cuisses, des dérangements légers de la menstruation avec un peu de leucorrhée, déterminés peut-être, comme l'a expliqué Van Swieten dans le passage cité plus haut, par la préoccupation morale, ou du moins exagérés par les inquiétudes de la malade, finirent par décider la prétendue malade à prendre aussi le parti de se soumettre à l'examen fait au moyen du *speculum*. Un chirurgien qu'elle consulta, homme fort honorable d'ailleurs et fort éclairé, lui avoua qu'en effet il y avait un peu d'érosion au col de l'utérus et qu'il était nécessaire d'y appliquer la cautérisation. Cette dame s'enfuit épouvantée et revint chez elle dans un état de désespoir. Comme elle jouissait de la santé générale la plus florissante, c'était vraiment un contraste curieux que le spectacle de ses plaintes et de ses lamentations avec l'apparence de son physique replet et pléthorique. Enfin nous l'examinâmes M. le professeur Paul Dubois et moi ; nous vîmes en effet qu'il existait un peu de leucorrhée, un peu de rougeur au col de l'utérus, et, sur la face interne de la lèvre inférieure du museau de tanche, une dépression qui avait pu être considérée comme une érosion superficielle. Nous n'attachâmes aucune importance à ces phénomènes passagers, nous rassurâmes la malade, et nous lui défendîmes expressément

Digitized by Google

de rien faire. Dès qu'elle cessa de songer à sa prétendue maladie, elle cessa aussi d'être malade, et, depuis plusieurs années, rien chez elle n'a pu donner le moindre soupçon de l'existence d'une affection de l'utérus.

Une autre femme, mère de famille, d'une bonne constitution, était sujette depuis fort longtemps à une douleur dans le flanc gauche, que l'on avait jugée de nature rhumatismale. Tourmentée par les conseils de quelques amies que l'on avait mises au régime du *speculum*, elle se décida à aller consulter un homme de l'art expert en pareille matière. Celui-ci lui déclara que l'utérus était malade, et la mit à l'usage des saignées révulsives, des bains, du repos, des cautérisations, etc. Sous l'influence réunie de ce traitement et des inquiétudes continuelles auxquelles la malade était en proie, sa santé s'altéra rapidement, et, dans l'espace de peu de mois, elle passa de l'état général le plus satisfaisant à un dépérissement complet. Ayant appris la cause de ce changement, qui m'avait frappé et dont je n'avais su comment me rendre compte, je m'efforçai de rassurer la malade, dont les fonctions utérines s'étaient *toujours* bien accomplies, je la forçai de renoncer à *tout traitement*; et l'exercice, le séjour à la campagne, *la distraction*, un bon régime, lui eurent bientôt rendu la santé, qui depuis plusieurs années ne s'est pas démentie.

Bien des fois j'ai été consulté par des femmes que des avis inconsidérés avaient ainsi frappées de terreur, et chez lesquelles des accidents nerveux, hystériques ou autres, avaient été bien à tort attribués à une maladie de l'utérus.

C'est, appuyé sur une expérience de plusieurs années dans un hôpital spécial (l'hôpital *de Lourcine*) et sur l'observation attentive de plus de 1200 femmes, que j'affirme :

Qu'il est faux que, dans aucun cas, les légères altérations de coloration, de texture, de volume, de sécrétion du col de l'utérus, auxquelles on a attaché dans ces derniers temps une si ridicule importance, aient pu devenir la source des accidents qu'on leur a bien gratuitement attribués. A plus forte raison, affirmerai-je que ces insignifiantes altérations n'ont jamais pu servir de préludes à des maladies plus sérieuses de la matrice, le squirrhe ou le cancer, par exemple. Je répéterai ici ce que j'ai dit ailleurs (1) : que chez beaucoup de femmes où ces altérations existent, elles ne donnent lieu à aucun symptôme ; et que chez d'autres, au contraire, qui présentent des accidents hystériques, gastralgiques, métralgiques, etc., le col de l'utérus est dans un état parfaitement normal.

(1) Sur les Ulcères de l'utérus, décembre 1837.

Comme l'hypochondrie, l'hystérie est le plus ordinairement due à une susceptibilité générale du système nerveux, et ce n'est point dans une lésion locale quelconque qu'il faut en aller chercher la source ou le point de départ.

4° Les *vésanies* offrent le plus ordinairement, au début, une lésion purement nerveuse ; mais, comme l'a si bien noté Van Swieten, s'il est vrai que, dans plusieurs cas, les plaies de tête, par exemple, la frénésie, etc., une lésion matérielle peut déterminer une altération de l'intellect, réciproquement aussi le dérangement de l'esprit, en se répétant et en se prolongeant, finit par troubler d'une manière durable les fonctions organiques et amener le développement d'une lésion matérielle consécutive. C'est ainsi que des altérations organiques diverses ont été rencontrées dans le cerveau des aliénés. Nous rappellerons à ce propos, le relevé statistique publié en 1824 par le docteur Neumann, médecin de l'hospice de la Charité de Berlin, relevé qui prouve que l'aliénation mentale existe assez souvent *sans matière*.

On voit en effet, dans le relevé des autopsies pratiquées par ce médecin, que, sur 12 maniaques, 5 n'ont offert aucune trace cadavérique de l'aliénation; chez plusieurs autres, la lésion anatomique n'avait rien de caractéristique ; car elle ne consistait qu'en un épanchement séreux. Or, on sait que ce genre d'épanchement survient à la longue, dans toutes les affections cérébrales graves, notamment dans celles qui amènent l'affaissement et le retrait de la substance cérébrale, comme si le liquide était destiné à faire compensation au solide en défaut, et à maintenir ainsi exactement remplie la cavité du crâne. Sur trois individus atteints de démence, il y en eut un qui ne présenta aucun désordre de l'encéphale; enfin, sur sept mélancoliques, trois n'offrirent aucune lésion matérielle appréciable sur le cadavre. M. Bayle, qui, en 1825, publia des recherches si intéressantes sur la *méningite*, et qui s'efforça de rattacher à cette lésion inflammatoire une forme spéciale d'aliénation, ne put rencontrer les traces matérielles qui la caractérisent que sur *un cinquième* des aliénés hommes, et *un trentième* seulement des aliénés femmes. Aussi l'homme le plus propre à faire autorité en pareille matière, M. Esquirol, regarde-t-il en général l'aliénation mentale comme une *névrose*, et comme le plus ordinairement *consécutives* les lésions qui se rencontrent sur le cadavre des aliénés.

5° Il existe certainement une *apoplexie* nerveuse ou sans matière. J'ai ouvert dernièrement, dans un asile de vieillards dont je suis le médecin, le crâne d'une vieille femme qui a succombé, au bout d'un mois de maladie, à la suite d'une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie incomplète avec dyspha-

Digitized by Google

gie et constipation opiniâtre. La mort fut directement amenée par un catarrhe fébrile qui s'empara de la malade, déjà tenue alitée par la paralysie. L'encéphale ne nous offrit aucune lésion matérielle appréciable.

Il y a plusieurs années nous fîmes en commun, M. le docteur Martin Solon et moi, l'autopsie de la marquise de S***, qui était au lit depuis plusieurs mois par suite de plusieurs attaques d'apoplexie suivies d'hémiplégie, puis d'un état comateux avec démence dans le réveil. L'encéphale ne présenta aucune altération, quoique l'un de nous eût annoncé d'avance l'existence d'un ramollissement cérébral.

Le vice syphilitique produit quelquefois des névroses et des paralysies sans matière. Une femme qui portait une périostose sur le pariétal droit, périostose qui avait été incisée par un médecin, en sorte que le stylet trouvait la surface de l'os dénudée, présenta tout à coup des accidents cérébraux : vertiges, tendance à l'assoupissement, déviation légère des traits de la face, engourdissement et affaiblissement des membres du côté opposé à l'affection du crâne. Craignant qu'il n'y eût compression du cerveau, j'appelai en consultation un de nos chirurgiens les plus distingués, et nous décidâmes l'opération du trépan. La malade fut reçue et opérée dans le service du chirurgien aux lumières duquel nous avions eu recours. Comme cela n'arrive que trop souvent, l'opération provoqua le développement d'une méningite traumatique, qui devint rapidement mortelle, et nous ne trouvâmes, à l'autopsie, aucune lésion autre que celle directement produite par le trépan.

On lit dans les mémoires de l'Académie de chirurgie une observation fort curieuse de *paraplégie* vénérienne guérie par un traitement mercuriel. J'ai observé moi-même une malade sujette à des accès épileptiformes effrayants, qui portait en même temps des fistules en plusieurs points du front, entretenues par des points osseux nécrosés ; un traitement anti-syphilitique a rapidement et complétement guéri cette maladie, en apparence si grave.

6° Il suffirait de dérouler ici la liste des lésions anatomiques variées qui ont été regardées comme la cause matérielle de l'*épilepsie* par les auteurs des diverses époques, pour démontrer que des lésions si diverses ne peuvent jouer le rôle exclusif qui leur a été assigné par les divers observateurs dans la production des accidents de l'épilepsie.

En effet, depuis *Hippocrate*, qui croyait trouver la cause organique de la maladie dans l'abondance morbide de l'humidité cérébrale, jusqu'à MM. Cazauvieilh et Boucher, qui, en 1825, ont conclu de leurs relevés statistiques que l'épilepsie était due à une inflammation de la substance blanche du cerveau, ayant trois degrés, congestion, induration, ramollissement... combien les auteurs n'ont-ils pas varié sur le siége et la nature de cette cause matérielle !

Il est certain d'ailleurs que l'épilepsie, comme toutes les autres *névroses*, peut ne laisser aucune lésion apparente à sa suite. En 1835, je remplissais temporairement, à l'hôpital Saint-Louis, les fonctions de M. Biett. Un cocher âgé d'une quarantaine d'années, épileptique depuis longtemps, tomba de son siége dans un accès, et fut admis dans nos salles. Je le trouvai, à la visite du matin, habillé et demandant sa sortie. Cependant une certaine altération des traits, un peu d'incertitude dans le regard, quelque légère hésitation dans les idées et dans la parole me firent craindre que cet homme ne fût pas aussi en état de sortir qu'il le pensait. Je l'engageai donc à rester. Dans l'après-midi il fut pris de délire, tomba dans l'assoupissement et mourut le soir même. L'autopsie ne fit découvrir aucune lésion cérébrale. Les téguments de l'occiput étaient ecchymosés et présentaient une bosse sanguine, suite de la chute que le malade avait faite et qui avait motivé son admission à l'hôpital.

En 1829, je remplaçais à l'Hôtel-Dieu M. le professeur Récamier, absent pour cause de maladie. Un homme entra dans mon service, présentant depuis quelques jours, à la suite d'une perte d'argent qui l'avait profondément affecté, quelques faibles indices de démence. Cet état était toutefois si peu caractérisé que l'on était porté à penser que cet individu avait feint une maladie pour être admis à l'hôpital. Peu de jours s'étaient écoulés depuis son admission, lorsque après une querelle vive qu'il eut avec des personnes qui étaient venues le visiter, il fut pris d'une attaque épileptiforme et succomba rapidement. On soupçonna que quelques gouttes d'éther qu'on chercha à lui faire avaler au moment de l'accès avaient pu provoquer la mort par asphyxie. Quoi qu'il en soit, on ne trouva à l'autopsie qu'une congestion méningienne du cerveau, plus un peu d'engorgement sanguin des poumons et de stase sanguine dans les cavités droites du cœur. Les membranes spinales présentaient au bas de la région dorsale deux petites incrustations cartilagineuses, auxquelles nous crûmes ne devoir attacher aucune importance relativement à la maladie dernière.

Le plus ordinairement les épileptiques, lorsqu'ils succombent, comme c'est le cas le plus ordinaire, dans une attaque violente et prolongée, ne présentent à l'autopsie que les traces de la congestion cérébrale qui s'est opérée au moment de l'accès ; quelquefois même, il est survenu une véritable hémorrhagie cérébrale, comme dans l'apoplexie proprement dite. Un cas de ce genre s'est offert à mon observation dans les salles de l'hôpital St-Louis. Un épileptique âgé de 20 ans, devenu robuste et sanguin, quoiqu'il offrît des traces de scrofules et de *favus*, tombé dans

Digitized by Google

un état d'idiotisme par le fait de la prolongation de son mal, succomba tout à coup après une attaque d'environ deux heures de durée. Nous trouvâmes à l'autopsie les traces de l'apoplexie qui avait causé la mort, mais nullement celles de l'épilepsie. Un caillot récent et noirâtre occupait le plancher du troisième ventricule avec coloration jaunâtre des parties voisines et notamment des couches optiques, analogue à celle qui s'observe à la circonférence des ecchymoses cutanées. Il existait en outre un kyste apoplectique ancien et complétement vide.

D'ailleurs, la marche intermittente et les terminaisons quelquefois inattendues de l'épilepsie ne sont-elles pas tout à fait caractéristiques d'une *névrose?* Un négociant auquel je donnais des soins et qui était sujet à des attaques le plus souvent légères, mais quelquefois violentes et prolongées, ne présentait d'ailleurs aucune lésion de l'intellect ni aucune altération de la santé dans l'intervalle quelquefois très-long qui séparait les accès. Il se décida à quitter les affaires, se retira à la campagne, et bientôt ce changement complet d'habitudes hygiéniques amena la cessation d'un mal contre lequel avaient échoué nos remèdes. Le beau fait rapporté par *Dumas*, qui réussit à rendre périodique sous le type quarte une *épilepsie* dont les accès étaient facilement provoqués par l'usage des alcooliques, et qui la guérit ensuite par le quinquina, n'est-il pas l'exemple le plus frappant qu'on puisse offrir de la nature nerveuse de l'épilepsie, en même temps qu'il est le plus propre à faire mesurer l'immense distance qui sépare la médecine vitaliste et hippocratique de la médecine *anatomique*. Pour ceux en effet qui vont chercher la maladie sur le cadavre, nous l'avons vu, c'est un résultat qui a été prouvé *arithmétiquement*, c'est presque une vérité mathématique : l'épilepsie a pour cause matérielle une encéphalite. Dès lors un médecin de cette école ne s'occupe que de la lésion locale-principe, il la combat par les remèdes appropriés à sa nature, et pendant ce temps les accès se répètent et le malade reste soumis aux chances fatales d'une maladie si souvent incurable! Le médecin vitaliste, au contraire, fidèle à la *Prognose hippocratique*, étudie l'ensemble de la maladie, sa marche, les rapports qu'elle peut avoir avec d'autres états morbides. La possibilité de provoquer le retour des accès à époques fixes, lui suggère l'idée d'appliquer à la maladie le remède spécifique des affections périodiques..., et il réussit! Quelle découverte anatomo-pathologique peut être mise en comparaison avec un résultat si beau et si satisfaisant! Car nous ne craignons pas de le répéter ici : « *Le médecin doit par-dessus tout s'occuper de guérir son malade.* »

7° *Les convulsions* proprement dites s'offrent parfois avec un caractère purement nerveux. Telles sont celles qui chez les enfants, et même chez quelques adultes, sont provoquées par la présence des vers intestinaux ou par le travail de la dentition, et qui, dans ce dernier cas, par l'absence de la fièvre, par la différence de la marche, des symptômes, de la durée, de la terminaison, sont bien distinctes de la maladie spéciale décrite sous le nom de fièvre cérébrale, hydrocéphale aiguë, ou méningite des enfants. J'ai vu un enfant de deux ans qui avait déjà rendu des vers et qui fut pris tout à coup de contorsions convulsives cloniques des extrémités. Un purgatif anthelmintique, l'huile de ricin, fit rendre des vers lombrics et dissipa l'état convulsif. Une femme éprouvait, sans cause connue, des mouvements douloureux dans le ventre, une anxiété épigastrique particulière, des menaces de lypothimie, parfois de légers mouvements spasmodiques des membres. Je lui conseillai d'examiner ses évacuations alvines, et nous y reconnûmes bientôt des débris de tænia. Un traitement anthelmintique provoqua l'expulsion de cet entozoaire, et dissipa les accidents sans retour.

Tous les auteurs, depuis Hippocrate, se sont accordés à reconnaître avec le père de la médecine que les convulsions peuvent être produites par deux causes très-opposées : la réplétion et l'épuisement. Tout le monde sait que la syncope qui suit les hémorrhagies a souvent la forme convulsive.

8° La cause la plus ordinaire de la *syncope* est en effet l'anémie. Tantôt cette anémie est brusque comme dans le cas d'hémorrhagie subite et abondante. L'observation vulgaire prouve que cet effet est dû à la cessation de l'influx cérébral produit par la cessation ou l'affaiblissement de la circulation intra-crânienne. En effet, que l'on saigne un homme debout, et il se trouve mal ; qu'on le saigne couché, et la syncope n'a pas lieu ; qu'on le place horizontalement et même la tête déclive, quand il est en syncope, et celle-ci se dissipe. Des expériences directes sur les animaux faites par *M. Piorry* sont venues confirmer ce fait. En épuisant ces animaux par la saignée, on provoquait et l'on dissipait à volonté la syncope, selon que l'on tenait la tête élevée ou penchée, et que l'on empêchait ainsi ou que l'on favorisait l'abord du sang au cerveau. D'où résulte évidemment que ce n'est point dans la suspension du cœur, comme le pensait *Bichat*, mais bien dans la suspension de l'influx cérébral que consiste la cause *immédiate* de la syncope. Dans ce cas, d'ailleurs, si la mort a lieu, on ne trouve pas de lésion matérielle de l'organe. Mais l'anémie peut être lente et graduée, se rapprochant plus ou moins de l'état chlorotique, et il arrive encore dans ce cas qu'après une maladie plus ou moins prolongée, la mort a lieu par épuisement syncopal précédé de divers accidents ner-

Digitized by Google

veux, et que l'autopsie ne présente aucun désordre organique.

Chez une femme sur le retour, de constitution délicate et nerveuse, fatiguée par des peines physiques et morales, des veilles, des inquiétudes, des revers de fortune, sujette à la gastralgie et à quelques autres accidents nerveux, survint une métrorrhagie peu considérable à la vérité, mais qui, négligée dans les premiers temps, devint habituelle et acheva d'épuiser les forces du sujet. Cette malade, devenue anémique et en proie à divers symptômes nerveux (cardialgie, étouffements, vertiges, etc.), finit par s'aliter et succomba enfin dans un état d'assoupissement comateux. Nous ne trouvâmes d'autre lésion à l'ouverture du corps que celle qui pouvait rendre compte de l'hémorrhagie utérine. L'utérus, en effet, avait subi une hypertrophie *fibreuse* générale; un petit corps fibreux isolé et qui pouvait être énucléé existait dans l'épaisseur des parois du fond de l'organe; la surface du col était légèrement rougie et tomenteuse. Tous les tissus étaient décolorés; le cœur était petit, vide, flasque et affaissé. Il y avait un assez grand nombre de calculs dans la vésicule biliaire.

Une autre femme agée d'environ soixante ans fut reçue à l'hôpital de Lourcine dans un état d'anémie et d'affaiblissement remarquables, quoiqu'elle eût conservé un assez grand embonpoint. Nous observions cette malade depuis plusieurs jours sans pouvoir nous rendre compte de son état, lorsqu'un matin, au moment où elle prenait les premières bouchées d'une soupe au lait qu'elle avait demandée, elle expira subitement sous nos yeux dans un état syncopal. L'autopsie n'offrit de remarquable qu'une décoloration générale des tissus et un bourrelet hémorrhoïdal flasque et affaissé à l'entrée de l'anus. Nous apprîmes, en effet, que cette femme, malade chez elle depuis plusieurs mois, avait eu à plusieurs reprises un flux hémorrhoïdal abondant. Et nous reconnûmes encore là une mort par *syncope* amenée par un état anémique.

II. — *Névroses rachidiennes.* — La découverte du fluide encéphalo-rachidien, les recherches attentives faites sur la circulation veineuse de l'épine, les expériences et les observations de Ch. Bell et de Magendie sur le siége spécial du sentiment et du mouvement dans une portion déterminée de la moelle, ont fourni matière à des théories neuves et ingénieuses qui trouvent souvent leur application dans l'étude des névroses dont le point de départ peut être placé dans la moelle de l'épine. On a cherché notamment à expliquer par des *congestions* temporaires, certaines névroses sans lésion matérielle appréciable, dont les phénomènes s'expliquent en effet assez bien dans cette théorie : toutefois il ne faut pas oublier que ce n'est là qu'une hypothèse.

On voit dans les expériences sur les animaux vivants, et dans quelques cas de spina-bifida, les enveloppes de la moelle se gonfler et se tendre par intervalles que M. le professeur Cruveilhier a trouvés concordants avec les mouvements respiratoires, et qu'il a attribués à la stase veineuse spinale produite par le retard de la circulation pulmonaire, tandis que M. Magendie prétend avoir observé en outre des mouvements isochrones à ceux du pouls, et qu'il a rapportés à l'accumulation du fluide encéphalo-rachidien chassé du crâne par les battements artériels du cerveau.

On sait que des communications nerveuses et veineuses existent aux trous de conjugaisons entre la moelle épinière et les ganglions du grand sympathique, d'une part, et les veines intercostales et par suite la veine cave, d'autre part; en sorte qu'on conçoit très-bien comment les troubles de la circulation et de la respiration, de même que les souffrances nerveuses viscérales, peuvent se propager au centre nerveux spinal.

On sait encore que des expériences précises de Ch. Bell, Magendie, Calmeil et autres, tendent à établir que la face antérieure de la moelle épinière préside au mouvement et la postérieure au sentiment, ce qui expliquerait très-bien certains cas isolés de lésion de l'une de ces fonctions seulement.

Enfin l'indépendance, jusqu'à un certain degré, des diverses portions de la moelle épinière, l'influence qu'exerce chacune de ces portions sur les viscères qui lui correspondent, les inductions tirées des expériences ingénieuses de Legallois, sont encore des considérations à faire valoir dans l'étude des névroses de l'épine.

Un grand rôle a été attribué de nos jours à *l'irritation* et aux *congestions* rachidiennes. On a fait remonter jusqu'à Hippocrate l'histoire de la rachialgie. Ce grand maître, en effet, a indiqué sous le nom de *pleurésie dorsale* quelques-uns des symptômes réunis de la congestion et de l'inflammation de la moelle épinière. Il a indiqué aussi les paralysies incomplètes et passagères qui précèdent quelquefois les flux hémorrhoïdaires ou menstruels, et que l'on a cherché à expliquer par les congestions qui s'opèrent dans les régions dorso-lombaires de l'épine, d'où compression de la moelle et paralysie.

En 1770, Ludwig expliqua par des congestions spinales les lassitudes et les douleurs lombaires qui se montrent au début des fièvres.

Pierre Frank a étendu cette théorie, qui a reçu encore de nouveaux et plus complets développements de son fils Joseph (*Traité de pathologie interne*, traduit et publié dans l'*Encyclopédie médicale* de M. Bayle).

M. Ollivier d'Angers, dans son intéressant *Traité des maladies de la moelle épinière*, a adopté ces

Digitized by Google

théories, et rapporte à cette occasion l'observation curieuse de deux jeunes femmes, chez lesquelles l'éruption menstruelle était précédée par une hémiplégie incomplète et passagère qui ne pouvait être expliquée que par une congestion sanguine temporaire de l'épine.

Les écrivains anglo-américains ont décrit sous le nom d'*irritation spinale*, et Frank a rattaché à l'histoire de la *rachialgie*, un grand nombre de lésions des organes circulatoires et respiratoires, diverses névroses des viscères abdominaux, certaines douleurs nerveuses de diverses parties, dont ils ont cru pouvoir fixer le point de départ dans une portion de la moelle épinière, indiquée suivant eux par une sensibilité très-marquée à la pression, de la vertèbre qui correspond au point de la moelle affectée.

Cette manière de voir, toute séduisante qu'elle peut paraître en théorie, me semble singulièrement exagérée. Je crois, je l'avoue, qu'on s'en est laissé trop souvent imposer par une observation superficielle. La douleur véritable indiquée comme signe pathognomonique est bien loin d'avoir la valeur qu'on a voulu lui attribuer. Qui ne sait que chez les sujets nerveux il suffit souvent de fixer l'attention sur un point quelconque pour que ce point devienne à l'instant même douloureux?

Quoiqu'il en soit, les principales névroses dont le point de départ peut être placé dans la moelle épinière, sont la *chorée*, le *tétanos*, certaines *convulsions* et certaines *paralysies*, notamment la paralysie saturnine qui ne laisse souvent aucune lésion matérielle, non plus que la *colique de plomb*, elle-même, que plusieurs auteurs ont regardée comme *une névrose* du système ganglionaire.

Le *tétanos*, il est vrai, a été rattaché par quelques auteurs à la méningite spinale; mais il faut ici comme nous l'avons fait pour l'épilepsie, distinguer les accidents tétaniques qui se remarquent en effet dans certaines inflammations des méninges ou de la moelle de l'épine, du *tétanos* proprement dit, qui, chez plusieurs sujets, n'a laissé après la mort aucune trace matérielle de lésion des centres nerveux. Ne sait-on pas d'ailleurs, d'après les expériences de MM. Magendie et Orfila, que les animaux empoisonnés par la strychnine n'offrent pas de lésion matérielle à l'ouverture du corps?

M. Ollivier d'Angers n'a-t-il pas, dans des expériences plus curieuses encore, simulé autant que possible le tétanos-*maladie*, en injectant à diverses reprises de petites quantités de strychnine dans les veines des chevaux, de manière à ce qu'ils ne succombassent qu'au bout de plusieurs jours et après des accidents tétaniques répétés et prolongés? Dans ces expériences, pas plus que dans les précédentes, on n'a trouvé de lésion matérielle de la moelle épinière à l'autopsie. Ces faits sont entièrement favorables aux essais thérapeutiques du professeur Fouquier sur l'emploi de la strychnine contre la paralysie qui persiste à la suite de l'apoplexie.

III. — Après avoir rapidement passé en revue les *névroses* dont le point de départ peut être placé dans les centres nerveux, il nous faudrait étudier successivement les névroses viscérales, soit qu'elles intéressent les nerfs cérébraux, soit qu'elles affectent uniquement le système ganglionaire; nous aurions ensuite à traiter des névroses des sens et de relation ou *névralgies* proprement dites, et là nous verrions encore d'une part, que dans beaucoup de cas l'autopsie n'a fait découvrir aucune lésion matérielle, ainsi que cela a été constaté, en particulier, par le professeur Andral (*Anatomie pathologique*); d'autre part, que dans ceux où une lésion matérielle existait (*névrite*, tumeur à l'origine des branches nerveuses, etc.), ou bien cette lésion était consécutive, ou bien la maladie présentait dans ses symptômes, dans sa marche et dans ses terminaisons, des caractères propres à la différencier des névroses proprement dites.

Mais notre intention était beaucoup moins de présenter un tableau complet des névroses, que d'en tracer d'une manière sommaire les caractères généraux en appuyant la démonstration de ces caractères sur certaines individualités choisies comme exemples.

Si nous avions maintenant à faire la récapitulation de ces caractères nous verrions que les névroses diffèrent des autres classes de maladies par leurs causes, leurs symptômes (absence de fièvre et de phénomènes locaux), leur marche (souvent *intermittente* et laissant dans l'intervalle des attaques, le libre exercice de toutes les fonctions), leur durée et leurs terminaisons (pouvant co-exister pendant un grand nombre d'années avec un état de conservation de la santé générale très-remarquable, se dissipant parfois brusquement et sans laisser de traces, ne laissant souvent après la mort aucune lésion matérielle appréciable aux sens); enfin par leur traitement : souvent un simple changement d'habitudes hygiéniques, la distraction, des voyages, dissipent complétement les accidents nerveux les plus graves et qui avaient résisté aux remèdes les plus énergiques. C'est ainsi qu'une dame en proie à mille accidents hystériques et chlorotiques qu'on avait voulu rattacher à une prétendue maladie de l'utérus, vit en moins d'un mois cesser complétement tous les symptômes d'une maladie qui l'affligeait depuis deux ou trois ans, pendant un séjour aux bains de mer que je lui avais conseillé.

Qui ne connaît les effets merveilleux de la musique dans certaines névroses? Assurément un pareil re-

Digitized by Google

mède serait bien impuissant contre une phlegmasie ou une lésion organique !

On lit dans les *Mémoires de l'Académie des Sciences* (1707. Hist., p. 8), l'observation curieuse d'une fièvre aigue et continue rémittente affectant un musicien célèbre, qui, à dater du septième jour, commença à délirer presque sans intervalle, poussant des cris, pleurant, et livré à des terreurs qui le poursuivaient jour et nuit. Le troisième jour de ce cruel délire, il obtint à grande peine de son médecin qu'un concert fût exécuté devant lui. Presqu'aussitôt revint la sérénité du visage; les convulsions se dissipèrent, des larmes de joie coulèrent..... en un mot, le malade éprouva une telle satisfaction qu'il n'en connut jamais de semblable ni avant ni depuis. La fièvre elle-même céda pendant le concert. Mais tous les accidents reparurent dès qu'il fut cessé. Ce succès inespéré fit renouveler le même genre de remède, et chaque fois avec le même résultat. Le malade en éprouva un soulagement tel, qu'il voulut, même la nuit, faire chanter et danser devant lui son gardien, faute de mieux. Le même traitement ayant été continué pendant six jours, le malade se trouva entièrement guéri.

Van Swieten, qui rapporte ce fait, y ajoute le suivant : « J'ai vu moi-même, dit-il, un homme, qui était en proie au délire le plus violent, recouvrer subitement la raison à l'occasion d'un incendie. Le bruit du dehors ayant fixé son attention, il interrompit tout à coup le murmure de paroles incohérentes auquel il se livrait jour et nuit, pour demander aux assistants ce qui se passait : la frayeur qu'il eut de l'incendie dissipa le délire à l'instant même.» On s'est ainsi bien trouvé plus d'une fois (ajoute Van Swieten) du soin d'appeler, de fixer sur un objet quelconque l'attention des délirants. J'ai vu le bruit léger, mais continu, produit par la chute de l'eau tombant goutte à goutte dans un bassin de cuivre placé près du lit du malade, fixer l'attention de celui-ci, faire cesser le délire et provoquer le sommeil. C'est dans un but analogue que *Celse* conseille pour les malades lettrés de faire une lecture qui fixe leur attention et fasse cesser le délire, soit que le plaisir qu'elle leur procure suffise pour cela, soit que lisant mal à dessein on les excite à reprendre eux-mêmes le lecteur. Le même auteur (*De re medica, lib.* III, c. XVIII.) remarque avec raison, qu'on peut réussir par certains stratagèmes à dissiper les vaines terreurs de quelques délirants; c'est ainsi que la nouvelle d'un héritage supposé guérit la monomanie d'un richard qui était frappé de la crainte de mourir de faim.

On peut même employer la correction pour réprimer l'audace de quelques-uns, faire cesser le rire insensé de quelques autres par la menace et l'injure, chasser les tristes pensées par le bruit des instruments de musique..... ; mais en général, il vaut mieux, ajoute judicieusement Celse, approuver que contredire, et chercher à ramener peu à peu à de sages pensées celui qui déraisonne, sans le contre-carrer trop ouvertement. Ce passage remarquable, en même temps qu'il est un exemple frappant de l'effet thérapeutique des influences morales dans ces névroses cérébrales, n'est-il pas encore curieux sous ce rapport qu'il offre les mêmes principes de traitement qu'un médecin de nos jours cherche à faire prévaloir dans les *vésanies ?*

J'ai dû, surtout à l'époque où nous vivons, insister en particulier sur le caractère négatif de recherches nécroscopiques qui établit une distinction si formelle entre les névroses et les phlegmasies et les lésions organiques. Je comprends très-bien la prédilection des modernes pour l'anatomie pathologique, et je m'y associe même, car c'est bien là que se trouvent les plus beaux titres de gloire de notre époque; mais je veux qu'on la circonscrive exactement dans la place qu'elle doit occuper en pathologie, et qu'on suive en cela les sages préceptes des deux professeurs de notre école qui ont le plus cultivé cette branche de la médecine.

Je n'ai pas craint, dans le cours de cette dissertation, de m'élever contre les abus que j'ai rencontrés sur mon chemin; j'ai signalé notamment ceux qui se rapportent aux *maladies de l'utérus*. Je crains sur ce point et les erreurs des maîtres de l'art, et surtout celles des disciples; les maîtres, en effet, sont des hommes, par conséquent sujets à commettre des écarts; mais leurs disciples les exagèrent et les multiplient.

Je n'ai pas prétendu d'ailleurs m'ériger moi-même en réformateur ; je me suis efforcé, en attaquant les choses, de respecter les personnes ; enfin si j'ai mis quelque chaleur dans la défense de la cause que je crois être celle de la vérité, autant que je l'ai pu, je suis resté fidèle à cette maxime d'un docteur... de l'église (*Saint-Augustin*) :

Dans les choses certaines, fermeté;
Dans les douteuses, liberté;
Dans toutes, charité !

« *In rebus certis firmitas, in dubiis libertas, in omnibus charitas !* »

REVUE MÉDICALE. — Mars 1840.

Cas d'anévrysme de l'aorte rompu dans l'artère pulmonaire; par M. REIDD.

J. H., âgé de trente-six ans, adonné à l'intempérance, entre à l'infirmerie royale d'Edimbourg le

Digitized by Google

22 mai 1839 pour être traité de palpitations de cœur dont il souffrait depuis six mois. A l'examen, il offrait l'état suivant : lèvres et face pâles, toux intense, dyspnée, abdomen gonflé. La percussion donne un son mat vers la région du cœur et aux parties latérales de la poitrine, et sur l'omoplate gauche. Les battements du cœur sont irréguliers; un son particulier accompagne les deux bruits naturels de cet organe; le second bruit est plus prolongé qu'à l'état normal. A la partie inférieure des deux côtés du thorax, il y a absence de bruit respiratoire; dans le reste on sent un râle subcrépitant. Le pouls est petit et faible. Vomissements de temps en temps; sentiment de constriction épigastrique; urines rares, coagulables par la chaleur et l'acide nitrique; constipation habituelle. On avait administré en ville des remèdes diurétiques et antispasmodiques inutilement.

Le 5 juin, le malade se sent souvent évanouir; malaise à l'épigastre; il rend 5 à 600 grammes (19 à 20 onces) d'urine par jour.

Le 19, la dyspnée augmente; œdème au scrotum, urines rares. On prescrit : huile de croton une *goutte*, jusquiame 10 centigrammes (2 grains), *à répéter*.

Le 24, on administre un nouveau purgatif; selles aqueuses, diminution de l'œdème.

Le 25, la dyspnée augmente tout à coup, le malade a les lèvres livides; le pouls filiforme; mort presque subite.

Nécropsie. La cavité péritonéale contient 540 grammes (18 onces) de sérum; la cavité thoracique en offre 1360 grammes (32 onces); la cavité du péricarde 240 grammes (8 onces). Le cœur est hypertrophié, le côté droit de cet organe est plein de sang fluide; son oreillette droite est très-vaste sans amincissements de ses parois; le ventricule droit est plus ample qu'à l'état normal : ses parois sont épaissies. Le ventricule gauche est très-dilaté sans augmentation de l'épaisseur de ses parois. Deux des valvules mitrales sont fort allongées et descendent dans le ventricule. Sur la partie postérieure et inférieure gauche de l'aorte, immédiatement au-dessus de la valvule sémi-lunaire existe un anévrysme du volume d'une orange, qui fait saillie en arrière, comprime l'oreillette gauche en descend en partie sur le côté droit de l'aorte; il appuie sur l'artère pulmonaire et son sac communique avec elle moyennant une ouverture frangée. Le sang de la poche anévrysmale se trouvait par là en communication avec la cavité de l'artère pulmonaire. Les parois de l'aorte sont épaissies irrégulièrement dans le voisinage de la tumeur.

Le foie est hypertrophié; sa surface est granulée, son tissu mou. Les reins sont ramollis. L'estomac est congestionné dans sa portion splénique. L'encéphale est sain. L'examen de l'artère pulmonaire a démontré que la rupture de ce vaisseau, et le passage du sang de l'anévrysme dans l'artère, n'avait eu lieu que quelques heures avant la mort. C'est à cette circonstance que l'auteur attribue la dyspnée extrême et la lividité de la face que le malade a offerte subitement dans les dernières heures.

Dans un second cas rapporté par M. Reidd, il s'agit d'un homme de soixante ans, qui est arrivé mourant à l'infirmerie; on l'avait traité pour une hypertrophie au cœur. A l'autopsie, on a trouvé un anévrysme de l'arc de l'aorte, dont le foyer communiquait avec une grosse branche de l'artère pulmonaire dont la paroi avait été perforée par l'action compressive de l'anévrysme.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Février 1840.

Sur les déchirures spontanées de l'aorte, par le professeur ROKITANSKY, de Vienne.

L'auteur, après avoir rappelé les observations de Morgagni, de Laennec et de Stoll, donne l'histoire de huit cas de rupture spontanée de l'aorte qu'il fait suivre de réflexions générales sur cet état pathologique.

1) *Déchirures horizontales de l'aorte ascendante*. — Veuve de 52 ans qui tomba frappée subitement au milieu de la meilleure santé, et mourut le lendemain. Des vomissements, des syncopes et la perte de toute connaissance précédèrent la mort. — Environ une livre de sérosité dans la cavité thoracique du côté gauche; extravasation de sang coagulé autour de la racine du poumon; plus d'une livre de sang dans le péricarde; cœur volumineux, dilatation du ventricule gauche; ossification des artères coronaires; substance du cœur pâle et friable. Calibre de l'aorte ascendante plus considérable, épaississement et ossification partielle des valvules sigmoïdes; tunique celluleuse de l'aorte décollée dans toute l'étendue de l'artère et dans une grande partie de sa circonférence. En effet, en haut, le décollement s'étendait jusque sur le tronc innominé, la carotide primitive, la sous-clavière droite et ses plus grosses branches, en bas, jusqu'aux iliaques, dont une partie même était intéressée. La plupart des grosses et des petites branches de l'aorte pectorale et de l'aorte ventrale présentaient aussi ce décollement. Le sang qui s'était infiltré sous la tunique celluleuse, et qui avait opéré cet énorme décollement, provenait d'une déchirure transversale de l'aorte située à un pouce neuf lignes des valvules sigmoïdes. Cette déchirure était double, et embrassait presque toute

Digitized by Google

la circonférence du vaisseau. La tunique moyenne était très-friable, et ses parois renfermaient dans la crosse de l'aorte quelques plaques ossifiées. Le sang épanché s'était frayé un passage jusque dans le péricarde en déchirant la gaîne des gros vaisseaux.

2) *Déchirure transversale de l'aorte ascendante.*—Vieillard de 76 ans, mort subite. Péricarde contenant trois livres de sang, partie coagulé, partie liquide. Cœur gros, flasque; ventricule gauche dilaté, ses parois épaissies; ventricule droit aminci, ossification partielle des valvules aortiques. Décollement de la tunique celluleuse jusqu'au delà de l'artère sous-clavière gauche; cette tunique ainsi détachée formait un sac volumineux. Une déchirure transversale, irrégulière, existait à un pouce au-dessus des valvules.

3) *Déchirure longitudinale de l'aorte ascendante.* — Femme de 50 ans, mort subite. Deux livres de sang dans le péricarde; cœur très-volumineux et flasque; dilatation considérable de l'aorte ascendante et de sa crosse, plaques cartilagineuses déposées dans ses parois. A un pouce et demi au-dessus des valvules aortiques, la paroi concave du vaisseau présentait une déchirure longitudinale d'un pouce cinq lignes de longueur; cette déchirure, à bords irréguliers, formait un angle droit dont le côté antérieur s'étendait vers la crosse de l'aorte, tandis que l'autre côté de cet angle, de moitié plus petit que le premier, se dirigeait vers la paroi postérieure de l'aorte. Il était résulté de cette disposition deux lambeaux triangulaires : l'un, interne, formé aux dépens de la tunique interne et d'une portion de la tunique moyenne; l'autre, externe, composé d'une couche appartenant à la tunique moyenne et de la tunique celluleuse. Ce dernier lambeau s'était déchiré de haut en bas, dans l'étendue d'un demi-pouce, derrière la veine cave supérieure. La tunique celluleuse adhérait partout d'une manière très-intime à l'aorte; cette tunique était même considérablement épaissie au tronc innominé, à la sous-clavière droite surtout, ainsi qu'à la carotide et à la sous-clavière gauche; elle formait sur ces vaisseaux une couche épaisse, dense et comme fibreuse.

4) *Déchirure longitudinale dans la concavité de l'aorte ascendante.* — Femme de 48 ans, mort subite. Cerveau et poumons gorgés de sang, péricarde contenant deux livres de ce liquide, cœur hypertrophié. Tissu cellulaire sous-séreux qui entoure l'aorte ascendante et l'artère pulmonaire infiltré de sang; dilatation considérable de l'aorte; plaques osseuses déposées en grand nombre dans ses parois; tunique fibreuse amincie, friable. Déchirure longitudinale de deux pouces de longueur, située à deux pouces au-dessus des valvules; cette déchirure intéresse les tuniques interne et moyenne. Gaîne celluleuse décollée du vaisseau dans presque toute sa circonférence, et distendue en un sac rempli de sang extravasé. On trouva des ossifications dans l'aorte descendante et dans les artères coronaires.

5) *Déchirure longitudinale de la paroi convexe de l'aorte ascendante.* — Femme de 55 ans, morte, disait-on, d'une inflammation des intestins. Nombreux névrômes aux nerfs cubital, sciatique, crural droit, et à quelques cordons de la queue de cheval. Cerveau exsangue; poumons gorgés de sang; plus d'une livre de ce liquide dans la cavité du péricarde; cœur à parois épaissies, flasque, pâle. Aorte ascendante très-dilatée, épaissie; déchirure longitudinale d'un pouce qui se continue avec une petite déchirure transversale de huit lignes. Gaîne celluleuse détachée comme dans le cas précédent. Foie volumineux, gorgé de sang, ainsi que la rate, et friable.

6) *Autre cas analogue.* — Dans le cadavre d'un enfant de 8 ans, mort de cyanose, on trouva les méninges et le cerveau gorgés de sang, quatre livres de ce liquide dans le côté droit de la poitrine, provenant d'une déchirure du sac pleural près du médiastin; une once de sérosité dans le péricarde; ouverture considérable dans la cloison interventriculaire; aorte naissant des deux ventricules; artère pulmonaire ayant à peine une demi-ligne de calibre. L'aorte, assez large dans sa portion ascendante, très-étroite et très-amincie dans sa portion descendante, était déchirée au delà de sa crosse, dans l'étendue d'un pouce et demi. C'est par cette ouverture que le sang avait pénétré dans le médiastin postérieur.

7) *Exfoliation partielle de la tunique interne de l'aorte et de la couche la plus interne de la tunique fibreuse.* — Jeune fille de 28 ans, sujette aux palpitations; mort subite. Péricarde contenant six gros d'une sérosité jaunâtre. Cœur volumineux. L'aorte et tout le système artériel à parois peu résistantes, d'un calibre singulièrement rétréci; les membranes se laissant facilement séparer l'une de l'autre; l'interne et une couche de la moyenne déchirées çà et là et exfoliées. Développement considérable du foie et de la rate.

8) *Déchirure irrégulière de l'aorte ascendante.* — Homme de 73 ans, mort subite. Ramollissement de la substance cérébrale, plusieurs points ossifiés; une livre de sang coagulé dans le péricarde; cœur volumineux, à parois épaissies, d'un tissu friable; ses cavités, ainsi que celle des gros vaisseaux, remplies de sang coagulé et de sang liquide. Aorte ossifiée dans tout son trajet; dilatation sacciforme considérable située à un pouce au-dessus des valvules sigmoïdes. Dans cet endroit, les tuniques interne et moyenne étaient transformées en grande

Digitized by Google

partie en une bouillie calcaire d'un jaune rougeâtre, et déchirées dans l'étendue de deux pouces et demi. La gaîne celluleuse était détachée et avait crevé dans la cavité du cœur, sous la forme d'une fente oblique de trois lignes de longueur, située immédiatement au-dessous de l'insertion du péricarde sur les gros vaisseaux. Foie volumineux, friable, gorgé de sang, ainsi que la rate et les reins.

Ces observations sont suivies de réflexions concernant la cause de ces déchirures; l'auteur les explique par une affection particulière de la tunique celluleuse dans certains cas, dans d'autres (les déchirures longitudinales en particulier), par l'altération de texture de la tunique fibreuse, par le rétrécissement du calibre artériel joint au peu de consistance des tuniques. (*OEsterr. med. Jahrb. Bd. XVI. St. 1 et 2.*)

Gaz. des hôpitaux. — Mars 1840.

Des tumeurs érectiles; par M. Velpeau.

Un jeune homme âgé de vingt-deux ans, robuste et d'une bonne santé, porte, depuis sa naissance, une tumeur dans chacune des deux régions iléo-inguinales. Ces deux tumeurs sont de même nature, rouges, légèrement bosselées et supportées par un pédicule assez volumineux; celle de gauche, qui est la plus considérable, égale le volume d'une noix; celle de droite n'offre guère que celui d'une noisette : toutes deux deviennent dures et douloureuses par suite d'une pression ou d'une excitation un peu prolongées.

Ce jeune homme ayant gagné un grand nombre de *pediculi pubis*, eut recours aux frictions mercurielles pour les détruire; ces frictions et l'action de la pommade produisirent une turgescence particulière des tumeurs, et donnèrent lieu à des douleurs qui engagèrent le malade à réclamer des soins plus efficaces. M. Velpeau reconnut que ces tumeurs appartenaient à la classe *des tumeurs érectiles*, et proposa l'opération qui fut acceptée.

Selon ce professeur, le mot de *tumeurs érectiles* n'exprime pas des idées bien claires, bien distinctes; les classifications anciennes sont également insuffisantes sur ce point. Ainsi, sous ce nom, on décrit : 1° les taches de naissance (nœvi materni); 2° des taches plus saillantes indiquées aussi sous le nom *d'envies*; 3° des tumeurs fongueuses composées d'éléments différents. Il propose de les classer sous les trois chefs suivants : 1° tumeurs érectiles de nature artérielle; 2° de nature veineuse; 3° tumeurs mixtes ou composées de ces deux ou de plusieurs éléments.

Les premières sont peu saillantes à la superficie de la peau, mais en général d'un rouge vif, que la moindre irritation fait augmenter; elles présentent en général des battements plus ou moins étendus selon leur siége, selon le développement qu'elles ont acquis.

Celles qui sont dues à la turgescence des capillaires veineux sont livides, violacées mollasses, fongueuses, en général beaucoup plus saillantes que les précédentes; on n'y rencontre pas de battements : la stase du sang par la position déclive produit leur engorgement : cet état disparaît par une position inverse, et ces tumeurs deviennent alors flasques et flétries. On sent sous la peau, qui paraît raréfiée, des nodosités, comme de petites varices.

Celles qui sont mixtes offrent, outre ces différents modes, une espèce de trame organique dans laquelle on peut reconnaître les tissus colloïde, mélanique, cérébroïde, fibreux, etc.

Parfois ces diverses tumeurs acquièrent un volume considérable; la prudence ne permet donc pas d'en négliger le traitement. Il en est de même des tumeurs érectiles accidentelles. On en a vu cependant disparaître spontanément par les progrès de l'âge. M. Velpeau en a observé quatre ou cinq exemples. Ainsi donc, chez les enfants, à moins qu'elles n'occupent certaines régions, et qu'elles ne paraissent vouloir s'accroître, mieux vaut temporiser. Il est peu d'affections, du reste, dont le traitement soit plus varié. M. Velpeau passe successivement en revue les moyens thérapeutiques.

1° *Les topiques* de différentes natures sont, en général, insuffisants quand ils ne sont pas nuisibles.

2° *Les astringents styptiques ou réfrigérants* employés par les anciens. Abernethy fit disparaître par ce moyen une tumeur érectile de l'orbite, dans l'espace de quelques mois. Rarement ils suffisent seuls.

3° *Compression.* Chacun connaît l'histoire rapportée par Boyer (Malad. chir.). Une mère ayant eu la constance de tenir, sept ou huit heures par jour et pendant plusieurs mois, le doigt sur une tumeur érectile de la lèvre supérieure de son enfant, eut le bonheur de la voir disparaître complétement. M. Roux cite un fait de ce genre, recueilli sur un enfant de sa famille; mais il paraît que la guérison ne s'est pas maintenue. M. Ayés vit un enfant qui portait deux tumeurs de cette nature; le malade étant resté couché pendant quelques mois pour le traitement d'une autre affection, une de ces tumeurs qui siégeait au dos disparut complétement. M. Velpeau constata une guérison de ce genre à la suite de la compression produite par la bretelle du malade.

Sans constituer une ressource sur laquelle il faille

Digitized by Google

beaucoup compter, la compression a réussi un assez grand nombre de fois pour qu'il soit possible de l'essayer quand la situation et le volume de la tumeur le permettent. Elle convient peu si la tumeur est de nature veineuse ou mixte.

4° *Caustiques.* Très-anciennement préconisés, puis proscrits par Sabatier, Boyer. M. Velpeau les avait également rejetés dans la première édition de sa Médecine opératoire (1832); néanmoins pratiqués par Wardrop, au moyen de la potasse caustique; par d'autres chirurgiens anglais, au moyen de l'acide nitrique; par Guthrie, avec le nitrate d'argent; par Maunoir, avec le bouton de feu; de nouveaux succès observés par Wardrop, et les faits indiqués par M. Tarral jeune (Archives générales de médecine, 2e série, t. VII), ont fait revenir M. Velpeau de son premier jugement. Il pose les règles suivantes pour leur application. La potasse caustique, le nitrate d'argent, la pâte de zinc, triomphent facilement des tumeurs aplaties superficielles; on peut les employer indistinctement. Trois cautérisations avec le nitrate d'argent, suffirent pour débarrasser une jeune personne. Une autre fut également guérie par le même moyen. La pâte de zinc doit être préférée quand la tumeur occupe la peau dans une plus grande épaisseur. M. Velpeau emploie souvent la potasse. Ce caustique peut être appliqué de deux manières : 1° En disposant des grains de potasse çà et là sur la tumeur : c'est la cautérisation disséminée employée par Wardrop, décrite par M. Tarral; 2° la cautérisation en nappe, plus parfaite que la première, et essayée de préférence.

Pour la produire, on humecte la tumeur, puis on la frotte avec le caustique; une eschare superficielle se forme et on répète cette cautérisation le nombre de fois suffisant; l'eschare est bientôt remplacée par une cicatrice qui blanchit peu à peu. En résumé, ce moyen est moins mauvais qu'on ne l'avait pensé, et peut être employé avec succès contre les tumeurs érectiles peu saillantes.

5° *Tatouage.* M. Pauli a proposé ce moyen, qui n'est vraiment praticable que sur des taches fort peu étendues.

6° *Vaccination.* On a aussi essayé ce procédé sur de jeunes enfants; on pratique cinq ou six piqûres selon l'étendue de la tumeur; l'inflammation que ces piqûres développent produit l'oblitération des petits vaisseaux. M. Velpeau guérit de la sorte une tumeur de la lèvre chez un enfant; trois autres fois la guérison n'eut pas lieu. On peut tenter ce procédé dans quelques régions et sur des sujets craintifs ou délicats.

7° *Acupuncture.* Employée en 1834, par MM. Velpeau et Monod, pour une tumeur qui occupait la région parotidienne et une partie de la face (ils placèrent douze aiguilles dans l'épaisseur de la tumeur; on les laissa à demeure jusqu'au développement de l'inflammation), ce moyen renouvelé à plusieurs reprises débarrassa le malade.

8° *Séton simple ou multiple.* Ces moyens, ainsi que le précédent, agissent encore en déterminant l'inflammation et l'oblitération des vaisseaux de la tumeur; il vaut mieux, lorsqu'on y a recours, employer les petits sétons multiples. Le principal inconvénient de cette méthode est de laisser souvent des points imparfaitement oblitérés; elle est peu sûre et douloureuse.

9° *Broiement.* M. Marshall Hall le pratique avec une aiguille à cataracte ou bien un petit couteau en fer de lance. On divise ainsi les mailles du tissu anormal; un épanchement sanguin lui succède, et l'on peut alors s'aider de la compression permanente. Cette méthode, après huit mois d'essais, échoua entre les mains de son inventeur.

10° *Injection.* M. Velpeau lui préfère l'injection, que les Anglais pratiquent avec l'acide nitrique; il préférerait la teinture d'iode, employée pour obtenir l'oblitération de l'hydrocèle et des kystes séreux. On pourrait aussi combiner les deux dernières méthodes.

11° *Ligature.* On l'emploie de toutes les manières. Ainsi on étrangle circulairement le nœvus au moyen d'une forte ligature. Ce procédé n'est pas seulement applicable aux tumeurs pédiculées; M. Gensoul s'en sert encore avec succès toutes les fois que la base n'est pas d'une largeur démesurée, et que la peau qui les entoure est assez souple, assez mobile pour céder sans difficulté à l'action d'un lien : cette ligature n'est pas toujours applicable. White tire la tumeur à lui pour l'écarter des tissus voisins, et passe un double fil à travers la peau, derrière le fongus, qu'il étrangle ensuite, en rapprochant les extrémités de la ligature, pour les nouer, l'une au-dessus, l'autre au-dessous. On a encore passé deux ou quatre fils à la base pour l'étreindre partiellement. Tel est le cas des observations de Lawrence, Guthrie, etc. Enfin M. Keate, ainsi que Brodie et Lawrence, passent sous le nœvus une épingle droite, s'il est petit, ou deux aiguilles en croix, s'il est plus large ou volumineux; on étrangle ensuite les tissus en plaçant un lien circulaire suffisamment serré entre les aiguilles et la peau saine.

12° *Ligature des artères.* Il serait inutile de rappeler toutes les ligatures de troncs ou de branches artériels pratiquées dans ce but; ce moyen n'est pas infaillible, bien qu'il ait quelquefois retardé la marche de la maladie, ou même procuré la guérison.

13° *Incision à la base de la tumeur.* On doit ce procédé à Physick. Au lieu de découvrir toutes les branches artérielles qui alimentent la tumeur, il

Digitized by Google

incise la base, panse à plat et isole ainsi les tissus vivants des canaux qui leurs fournissent des fluides. Lawrence guérit de cette façon une tumeur sanguine du pouce qui avait résisté à la ligature des artères du poignet. Il faut que l'incision soit faite sur les tissus sains, qu'elle comprenne toute l'épaisseur de la couche cellulaire, les artères, les veines. On lie les artérioles à mesure qu'on les divise, et pour empêcher la réunion immédiate on place de la charpie entre les lèvres de la plaie.

M. Mousset a dernièrement réussi, par ce moyen, sur une tumeur de la région temporale.

14° *Extirpation*. C'est sans contredit la ressource la plus efficace, mais on ne peut toujours y avoir recours, nous n'en reproduirons pas les règles; elle n'est pas exempte de danger; parfois elle expose à des hémorrhagies graves, quand on ne lie pas soigneusement les artères à mesure qu'elles sont ouvertes. Enfin, on a été jusqu'à la pratiquer en plusieurs fois pour éviter les pertes de sang trop considérables. Cet essai réussit entre les mains de MM. Dorsey et Gibson.

C'est au praticien à choisir, selon les circonstances, celui de ces moyens qui doit avoir le plus de succès. Chez le malade que nous avons sous les yeux, M. Velpeau enleva, le 13 janvier, la plus grosse des deux tumeurs par excision; un écoulement sanguin peu abondant se manifesta, et il ne fut pas nécessaire d'y placer de ligature. Pansement simple. La seconde tumeur, plus large à sa base, fut traversée le même jour par deux épingles placées en croix, et une ligature fut serrée entre les épingles et la peau.

La tumeur, aussitôt après sa séparation, devint flasque et pâle; elle était bombée extérieurement, et formée dans son intérieur par un tissu dense, fibreux, comme cutané. Le lendemain matin il n'est pas possible d'y reconnaître la moindre trace de tissu vasculaire érectile. C'est, du reste, une particularité qu'il est important de ne pas oublier; car, dans beaucoup de circonstances, cet oubli pourrait donner lieu à des méprises assez graves lorsqu'il s'agirait de déterminer la nature de ces altérations. Ici, cependant, la nature érectile des deux tumeurs ne peut être l'objet d'un doute; en effet, le malade ne fut pas plutôt tranquille dans son lit, qu'un écoulement sanguin très-abondant se manifesta: les réfrigérants, la compression furent inefficaces pour le réprimer. L'incision ayant été mise à découvert, on reconnut que le sang sortait en jet par plusieurs orifices vasculaires plus considérables que les autres; et seulement en nappe de quelques-uns plus petits.

La cautérisation fut alors pratiquée au moyen d'un fer rouge; mais l'eschare, une fois produite, le sang continuait à s'épancher derrière elle et parvenait à la déchirer. On ne put définitivement s'en rendre maître qu'en cautérisant de nouveau et en masse, au moyen d'une forte ligature, ce qu'on put saisir des parties qui fournissaient le sang.

Le lendemain le malade était dans des conditions très-satisfaisantes, l'hémorrhagie n'avait pas reparu. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat de cette double opération.

(IBIDEM.)

Fistule vagino-abdominale. Eventration vulvaire; par M. STANLEY.

Une jeune femme accouche de son premier enfant avec beaucoup de difficulté; le travail a duré près de deux jours, et le vagin a été gangréné sur un point par l'action compressive de la tête. Après la chute de l'eschare, une ouverture avec perte de substance est restée dans le fond du vagin, faisant communiquer cet organe avec la cavité péritonéale. Une anse d'intestin s'est engagée, et a fait procidence dans le vagin. On y a placé un pessaire, dont la présence n'a point empêché la femme de redevenir enceinte.

Le second accouchement n'a rien offert de remarquable. Quatre autres grossesses ont suivi cette dernière. On a placé de nouveau le pessaire; la femme a tellement négligé cet instrument qu'il finit par s'entourer d'une sorte de bourrelet, et occasionner des symptômes d'étranglement.

C'est pour ce dernier accident qu'elle s'est fait recevoir à *Bartholomew's hospital*. M. Stanley extrait d'abord le pessaire; il examine ensuite l'état de la fistule, dont les dimensions paraissaient assez considérables pour permettre la formation d'une procidence intestinale. Celle-ci cependant ne dépassait point le fond du vagin. M. Stanley a cru devoir tenter une opération pour oblitérer, ou du moins pour rétrécir l'ouverture accidentelle; mais il ne décrit point cette opération, ni les conditions particulières de la fistule. Malheureusement, cependant, sa tentative n'a fait qu'empirer l'état de la malade; la procidence intestinale a acquis le volume d'une tête de fœtus à terme, et s'est prolongée par la vulve jusqu'au périnée. Cet état était vraiment affreux. Le chirurgien voulait tenter une seconde opération; mais la malade s'y est refusée, et a quitté l'hôpital.

(IBIDEM.)

Digitized by Google

Note sur l'anthrakokali et sur l'emploi de ce médicament nouveau dans quelques affections herpétiques; par M. le docteur POLYA, médecin de l'hôpital civil de Pest; communiquée par M. le docteur MAXIME M. JACOBOVICS.

M. le docteur Polya, praticien distingué de la ville de Pest, a publié, en 1837, les résultats de ses observations et expériences cliniques sur l'emploi d'un nouveau remède, nommé anthrakokali, dans le traitement des maladies chroniques de la peau. Sa position spéciale de médecin en chef d'un hôpital secondaire, où tous les ans 650 à 700 malades sont reçus, et dont un très-grand nombre présente des affections cutanées chroniques, lui a permis de vérifier les bons effets de ce nouveau traitement dans ce genre de maladies, dont la guérison radicale, dans la majorité des cas, est toujours restée un problème très-difficile ou impossible à résoudre, même pour les praticiens les plus habiles.

Les faits choisis et les vues pratiques qui ont été publiés par M. le docteur Polya sont les fruits d'un travail assidu et impartial de plus de trois ans.

Comme les vrais observateurs de tous les âges, lui aussi a eu maintes fois l'occasion de constater :

1° Qu'un grand nombre de maladies de la peau sont héréditaires;

2° Qu'elles se montrent réfractaires très-souvent au traitement le mieux dirigé;

3° Qu'elles se reproduisent avec une facilité et une opiniâtreté désespérantes;

4° Qu'après leur disparition spontanée, ou produite par les moyens de l'art, se développent souvent des affections dangereuses des organes internes.

Ces faits importants, qui se répètent tous les jours, l'ont conduit à admettre un vice interne, une diathèse particulière, qui produit et entretient un grand nombre de maladies de la peau.

En examinant les antécédents de ces affections, les succès et les échecs qu'il a eus dans leur traitement, il a trouvé :

1° Que beaucoup de maladies de la peau se développent sans cause appréciable;

2° Que la gale avait souvent précédé le développement de quelques-unes de ces maladies;

3° Que beaucoup d'entre elles naissent et persistent sous l'influence des vices syphilitiques et scrofuleux.

De plus, le même praticien s'est convaincu :

1° Que les maladies de la peau qui succédaient à la gale ont été avantageusement modifiées, et que quelquefois même elles ont disparu par l'usage interne du soufre; nombre de fois elles ont récidivé, n'affectant plus leur forme primitive, mais présentant la modification que leur avait d'abord imprimé le traitement sulfureux;

2° Les maladies de la peau qui se sont développées sous l'influence du virus vénérien sont souvent modifiées par un traitement mercuriel; mais dans beaucoup de cas on ne parvient pas à guérir radicalement ces affections compliquées, à l'aide du mercure seul;

3° La scrofule, qui occasione si souvent des maladies cutanées, cède dans un grand nombre de cas à l'emploi bien réglé de l'iode et des préparations iodurées : les engorgements des glandes du cou, des aînes, etc.; même les affections des os s'améliorent, ou se guérissent; mais l'affection de la peau reste souvent telle qu'elle était, et, à l'heure qu'il est, la dartre rongeante scrofuleuse résiste aux traitements usités avec une opiniâtreté presque invincible.

Les observations signalées portent à croire que, dans les éruptions syphilitiques, scrofuleuses et psoriques, ce n'est pas seulement le virus spécifique de ces maladies constitutionnelles qui engendre et entretient les affections de la peau, mais qu'il faut encore admettre une diathèse spéciale, qui les rend réfractaires aux remèdes propres, d'ailleurs, à guérir la gale, la syphilis, la scrofule.

Les remèdes qui agissent comme spécifiques dans ces trois ordres de maladies sont le soufre, le mercure et l'iode.

Pour avoir donc des résultats plus heureux dans la guérison des maladies cutanées, il fallait découvrir un remède qui agît comme spécifique contre le vice dartreux, un remède qui excitât une réaction générale et spéciale pour rétablir l'état normal dans l'organisme en général et dans la peau en particulier.

Pour atteindre ce but, M. le docteur Polya employa pendant quelque temps le soufre et le soufre doré d'antimoine, jusqu'à ce qu'une réaction générale (caractérisée par l'accélération du pouls, par l'odeur sulfureuse de la transpiration cutanée) se fût déclarée; cette réaction provoquée, il donna le carbure de fer (graphites), ou le charbon de terre (lithantrax), jusqu'à la dessiccation des plaques dartreuses.

Cependant cette méthode exigeait beaucoup de temps et ne répondait pas entièrement à son attente. Le charbon de terre, il est vrai, lui semblait avoir plus d'efficacité; or, pour augmenter ses bons effets, M. le docteur Polya chercha à le rendre plus soluble, et de là naquit l'idée d'une nouvelle préparation chimique, savoir, celle d'une solution du charbon de terre dans la potasse caustique; et cette nouvelle préparation, introduite dans la pratique, a surpassé toutes les espérances qu'il en avait conçues. Voilà ce qu'il en dit dans sa brochure (§LXXI-XCII) :

Préparation de l'anthrakokali. — L'anthrako-

Digitized by Google

kali (d'ἄνθραξ, charbon, et *kali*, potasse) est une solution de la houille dans la potasse caustique.

On emploie l'anthrakokali simple et l'anthrakokali *sulfuré*.

Pour la préparation de ces remèdes on a besoin :

1° Du charbon de terre (*lithantrax niger*), celui que l'on trouve près du Pécs (*Quinque-Eclesiæ; Fünf-Kirchen*), en Hongrie, semble le meilleur à M. le docteur Polya ;

2° De la chaux éteinte, ou hydratée (*calx extincta s. hydrata*);

3° Du carbonate de potasse (les deux derniers pour la préparation de la potasse caustique) ;

4° Des fleurs de soufre lavées.

L'anthrakokali simple est préparé de la manière suivante :

On dissout le carbonate de potasse dans 10 ou 12 parties d'eau bouillante ; dans cette solution on jette successivement autant de chaux éteinte qu'il en faut pour mettre la potasse à nu. La solution ainsi obtenue ne contient que la potasse caustique ; aussi l'eau de chaux ne peut y produire aucun trouble et les acides aucune effervescence. Ce liquide filtré, on le met de suite sur le feu, dans un vase de fer, et on le laisse évaporer, jusqu'à ce qu'il ne se forme plus d'écume et d'effervescence, et que le liquide présente une surface unie comme l'huile ; à cette potasse caustique on mêle en agitant la poudre porphyrisée du charbon de terre à la dose de 160 grammes de charbon pour 192 grammes de potasse. On retire alors le vase du feu et on continue d'agiter la préparation avec un pilon, jusqu'à ce qu'elle se soit convertie en une poudre noire homogène. On renferme cette poudre dans des flacons préalablement chauffés, et on les conserve dans un lieu sec.

Pour obtenir l'anthrakokali sulfuré, on prend 16 grammes de soufre, que l'on mêle exactement avec le charbon de terre, et on fait dissoudre ce mélange dans la potasse caustique de la manière indiquée ci-dessus.

Caractères physiques de l'anthrakokali. — L'anthrakokali est une poudre noire, très-ténue, communiquant sa couleur au doigt appliqué sur elle, d'une saveur sous-alcaline, âcre, produisant sur la langue une sensation de brûlure. L'anthrakokali simple est inodore ou d'une odeur de suie ; l'anthrakokali sulfuré est d'une odeur hydrocyanique ; exposée au contact de l'air, la poudre en absorbe l'humidité (sans s'y liquéfier), et ses molécules deviennent cohérentes ; dans un air sec elle perd son humidité et sa saveur alcaline.

Elle est très-soluble dans l'alcool et dans l'eau, sans changement de température. La solution préparée à froid (soit récente, soit exposée plusieurs jours à l'air) et filtrée, est d'une couleur brun-noirâtre ; mise dans un vase mince, et placée entre l'œil et la lumière, elle est transparente ; dans un vase plus large, elle perd sa transparence, tout en conservant sa limpidité.

La couleur de la solution de l'anthrakokali sulfuré est d'un vert noirâtre. La saveur de ces solutions est douce.

Une petite quantité des solutions versée sur une plaque de verre est transparente, d'un brun clair ; si l'on y ajoute quelque acide minéral, des flocons noirs pulvérulents ne tardent pas de s'en séparer, et se prennent en masse peu à peu ; c'est le charbon qui était dissous dans la potasse.

La température du bain-marie n'imprime aucun changement à ces solutions ; elles affectent les papiers de tournesol comme la potasse libre. Les acides n'y produisent qu'une légère effervescence.

Le précipité charbonneux qui se forme dans la solution aqueuse est très-noir et insipide.

En mêlant de l'anthrakokali à l'alcool et en l'enflammant, il brûle à la fin de la combustion avec une flamme couleur cobalt et l'on a un résidu de potasse et de charbon de terre.

Action de l'anthrakokali sur l'organisme en général, et sur les affections herpétiques en particulier.—On administra à un individu bien portant 80 centigr. de l'anthrakokali dans l'espace de dix heures, et trois bouillons pour toute nourriture. Il s'en suivit un orgasme général, accompagné de cuisson à la peau, d'élévation du pouls et de brisement des membres. La nuit suivante une sueur abondante abattit ces phénomènes d'excitation. Le lendemain, la sueur devint visqueuse, et il y eut des évacuations alvines de matière noire. La transpiration cutanée continua d'être augmentée les deux jours suivants. Tels furent les phénomènes remarquables de cette médication.

Quand les fonctions digestives étaient en bon état, M. P. a administré ce médicament sous la forme suivante dans les maladies de la peau :

Rp. Anthrakokali simplicis. . . 10 centigram.
Pulveris rad. liquiritiæ. . . 25 —
m. f. pulv. d. pro dosi.

Et chaque malade prenait trois à quatre des doses ci-dessus par jour.

Quelques-uns, dès la première nuit, éprouvèrent des chaleurs passagères, avec accélération du pouls, suivies de sueurs générales plus ou moins copieuses, avec sensation d'ardeur à la peau. Le plus grand nombre ne fut pris de ces symptômes que du cinquième au septième jour ; d'autres même du quatorzième au quinzième ; le plus petit nombre enfin le trentième jour environ.

Ces sueurs sont ordinairement chaudes, quelque-

Digitized by Google

fois pourtant elles sont froides, et elles reviennent plus ou moins longtemps, le matin surtout, bien que les malades soient couchés sur la paille et légèrement couverts; et, chose digne de remarque, ces sueurs n'entraînent à leur suite ni faiblesse ni pâleur; loin de là; le corps se sent allégé, plus dispos, et le teint, de terreux qu'il était, devient plus clair et plus vif.

Ces sueurs *générales* ont un nombre indéterminé de nuits; lorsqu'elles ont cessé, le malade en éprouve encore de *partielles*, qui sont chaudes ou froides et reviennent pendant un temps plus ou moins long. Les sueurs locales affectent surtout les parties atteintes de l'éruption; cependant c'est sous les aisselles, sur les mains, les jambes, sur le talon et le dos du pied, et sur les parties génitales qu'on les rencontre le plus ordinairement; elles durent souvent jusqu'à l'extinction de la maladie. Néanmoins, on a vu un très-petit nombre de malades n'éprouver de sueurs ni générales ni locales.

Les sueurs décrites constituent l'action *générale* du remède sur l'organisme.

Aussitôt que les sueurs nocturnes apparaissent, les plaques dartreuses augmentent, deviennent plus rouges et secrètent davantage; bien plus, on voit apparaître de nouvelles éruptions accompagnées de prurit nocturne, ou bien le malade est tourmenté par une urticaire ou par un érysipèle. Chez quelques malades, il se développe la nuit sur divers points des vésicules prurigineuses qui disparaissent le matin, et l'absence de l'épiderme déchiré par les doigts du malade n'en laisse voir que les traces.

Après que ces phénomènes de réaction locale ont duré un certain nombre de jours, le prurit, la rougeur, la sécrétion morbide de l'éruption diminuent, et quand la dartre est sans complication, l'amélioration en est manifeste. Cependant si la maladie est très-intense, malgré cette rémission, on voit souvent, dans un délai plus ou moins court, la rougeur, le prurit et la sécrétion renaître avec plus d'activité, et peu à peu la maladie reprend son premier état, ou bien l'amendement se prononce; et, chose étrange, ces exacerbations reviennent très-souvent au retour de la pleine lune, soit par quelque influence inconnue ou par simple coïncidence.

La réaction générale et locale que nous venons de signaler ne suffit pas pour amener la guérison de l'éruption; mais il faut ordinairement que la réaction devienne fébrile, qu'elle soit accompagnée de fièvre dont le travail spécial (*reactio medicinalis specialis*) est à même de produire ce résultat. Pour provoquer cette fièvre réactive, on doit continuer l'usage de l'anthrakokali, bien au delà de la cessation des sueurs jusqu'à saturation complète de l'économie.

Il faut donc distinguer deux effets dans cette médication : l'un *général* qui se manifeste par les *sueurs*, et l'autre tout *spécial*, qui est annoncé par la *réaction fébrile*.

Sous l'influence de la réaction fébrile, l'éruption, qui paraissait être à son déclin, reprend une nouvelle activité et présente tous ses caractères à un degré plus élevé; à mesure que la fièvre s'apaise, l'éruption diminue et la guérison fait des progrès lents mais sûrs.

La réaction générale produite par l'anthrakokali est tantôt bénigne, modérée, et tantôt violente, énergique. Dans le cas d'une réaction modérée on peut continuer le remède; mais, dans le cas contraire, il faut le suspendre, et souvent même on est obligé d'amortir ses effets par l'emploi du nitre.

Les organes digestifs ne s'affectent qu'au début de la réaction; plus tard, quoique la vitalité du système sanguin soit toujours plus ou moins classée, les fonctions des autres organes restent toujours à l'état normal.

Le retour de la fréquence et de la force normale du pouls indiquent la fin de la réaction spécifique; et si l'éruption disparaît, sans plus revenir sous aucune forme, sans entraîner à la suite des affections des organes internes, c'est une preuve que la réaction qui a précédé ce changement a été la réaction véritable (*reactio genuina*), et non point une fausse réaction, un mouvement fébrile, comme on en voit souvent après un écart de régime.

De tout ce qui vient d'être avancé, il résulte :

Que dans les dartres, l'anthrakokali possède la vertu d'exciter une réaction générale et locale, et une expérience de trois années a prouvé l'efficacité de ce remède pour la guérison radicale de ces maladies. Appuyé sur ces faits, M. le docteur Polya dénonce l'anthrakokali comme un *spécifique antidartreux*.

L'anthrakokali ne détruit pas l'appétit, mais il le régularise. Une dose de 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures, si elle est accompagnée d'un écart de régime, détermine facilement une fièvre intense, avec des vomissements et une diarrhée bilieuse. La constipation ne suit jamais les sueurs provoquées par ce remède.

L'urine dans quelques cas est augmentée; d'autres fois, elle offre un sédiment terreux, abondant, coloré en bleu et adhérent aux parois du vase.

Si l'on en continue l'usage, les selles sont bientôt colorées en noir.

Avantages de l'anthrakokali simple. — Les effets de l'anthrakokali simple sont plus lents que ceux de l'anthrakokali sulfuré; or, la dartre étant une maladie purement végétative, et ne pouvant être guérie que par une modification de cette végétation, modification qui ne s'opère que très-lentement, il

Digitized by Google

s'ensuit qu'à l'anthrakokali sulfureux on doit préférer l'anthrakokali simple, dont l'action est beaucoup plus lente, et partant plus sûre.

L'emploi de l'anthrakokali sulfuré est avantageux dans les dartres qui sont les suites ordinaires de la gale; mais par son action rapide il pourrait facilement induire en erreur le malade qui, à la disparition de l'affection cutanée, se croit guéri, et le médecin, qui se flatterait d'avoir opéré une cure radicale.

Durée de la cure.—Le temps pendant lequel on doit continuer l'anthrakokali est déterminé d'après la susceptibilité et l'âge du malade, l'état de simplicité ou de complication de la maladie, et la stricte observation du régime; car de ces circonstances diverses dépend essentiellement l'apparition de la fièvre de réaction.

Si le malade est encore jeune, son régime végétal, et si les sueurs se déclarent peu de jours après l'emploi du remède, cette réaction salutaire ne manque pas d'apparaître dans les six premiers mois.

Si l'individu est âgé de 40 à 60 ans, il faut quelquefois continuer le remède douze et dix-huit mois pour arriver à la réaction désirée.

Si la guérison se fait ainsi attendre des mois et des années, cela tient à la nature de la maladie. Les malades traînent ces affections de longues années, quand elles dépendent d'une diathèse herpétique; donc pour guérir radicalement cette diathèse, il faut renouveler l'économie toute entière; or, pour quiconque a étudié attentivement les fonctions de l'organisme, il est évident que cette modification de l'économie ne peut être l'affaire de quelques jours.

Indications et contre-indications.—Si une fièvre *accidentelle* survient à un dartreux, il est important *de ne point* lui administrer l'anthrakokali; car cette fièvre étant toujours accompagnée de quelque sécrétion critique, le remède pourrait troubler cette sécrétion et exaspérer la maladie; si le mouvement fébrile est suscité par l'affection dartreuse elle-même, le remède serait encore nuisible, en augmentant l'irritation; en effet, ces fièvres sont ordinairement très-intenses, et l'énergie du médicament ne ferait qu'ajouter à l'excitation du système sanguin; alors la fièvre, loin d'être diminuée par cette médication intempestive, serait accrue, et il en résulterait un danger plus ou moins grand pour l'économie.

Ce remède sera donné avec avantage toutes les fois que le malade sera sans fièvre, et que ses fonctions digestives ne seront pas trop dérangées.

Son usage n'exclut point l'administration du soufre ou du mercure, qui lui sont même associés avec avantage dans les dartres scabieuses ou syphilitiques.

Du régime. — Il est reconnu que la diète seule peut suffire pour opérer la cure de certaines maladies végétatives; aussi les tendances anormales de la nutrition ne peuvent-elles être mieux réprimées que par la privation des aliments dans une certaine mesure; d'où il suit que pour la guérison des dartres, et pour favoriser l'action de l'anthrakokali, la diète est de rigueur; un régime purement végétal, sans assaisonnement, et dans lequel on fait entrer une certaine quantité de sel commun, aide puissamment l'action de l'anthrakokali; tous les acides et viandes sont nuisibles; mais l'usage de l'eau est très-utile.

Les écarts de régime donnent lieu fréquemment à une fièvre bilieuse accompagnée d'érysipèle. Les malades doivent être très réservés à cet égard à l'approche de la réaction, puisque le moindre écart de régime est suivi d'une fièvre gastrique plus opiniâtre qu'à l'ordinaire, et qui, comme l'a souvent observé M. le docteur Polya, augmente la diathèse morbide; or, après trois récidives de cette fièvre, la maladie se montre réfractaire à tout remède pendant longtemps. Pendant ces fièvres, les plaques dartreuses s'étendent : celles qui sont ulcérées sécrètent un pus de mauvaise nature, et détruisent les chairs; alors la gangrène envahit même les ulcères dartreux aussi facilement qu'elle attaque toutes les autres solutions de continuité après des fautes de régime.

Pour obtenir de l'anthrakokali tout le succès que l'on doit en espérer, il faut tenir le corps dans une température douce et uniforme. Dans la chambre, pendant la journée, les malades doivent être légèrement vêtus, comme ils le sont habituellement; mais s'ils sont obligés de s'exposer aux vicissitudes de l'atmosphère, ils doivent avoir grand soin de s'habiller chaudement. Pendant la nuit, à cause des sueurs, tout le corps, à l'exception de la tête, doit être parfaitement couvert, et le malade ne doit changer de linge qu'après la fin des sueurs.

M. le docteur Polya a vu, dans un cas, une hydropisie générale succéder à un refroidissement, hydropisie qui disparut toutefois en peu de jours sous l'influence des sueurs abondantes provoquées par la continuation du remède.

Remarques pratiques.—L'efficacité de l'anthrakokali se manifeste donc par son action générale sur la peau. Il n'est pas à ma connaissance, dit le docteur Polya, qu'aucun remède agisse aussi énergiquement sur cet organe; mais il a de plus une action spéciale contre les dartres, dont il produit la guérison plus sûrement qu'aucun des remèdes jusqu'ici connus, en vertu de la réaction générale et locale qu'il provoque, réaction qui a pour effet l'élimination du vice herpétique.

Nous ferons observer cependant que l'anthrakokali n'est un spécifique que dans les dartres simples, et non point dans les dartres compliquées d'autres diathèses morbides, diathèses qui requièrent cha-

Digitized by Google

cune l'emploi de leur remède approprié, savoir : le soufre dans la gale, le mercure dans la syphilis, l'iode dans les affections scrofuleuses, etc.

Il faut donc, quand on veut entreprendre le traitement, déterminer avant tout si la dartre est simple ou compliquée. Or, quand on étudie avec attention les caractères généraux des affections cutanées qui sont sous la dépendance d'une diathèse particulière, comme l'indiquent leur forme, leur siége, leur coloration, etc., on les trouve bien rarement exemptes de complication; il est donc nécessaire de traiter concurremment, ou successivement la dartre et la diathèse générale qui la complique.

Quand la dartre est simple, l'anthrakokali simple suffit, et M. le docteur Polya l'emploie selon la formule suivante :

Rp. Antrakokali simplicis. . . 10 centigr.
Pulveris rad. liquiritiæ, vel.
Magnesiæ carbonicæ. . . 25 centigr. m. f. pulv. d. pro dosi Sign. : trois de ces doses par jour.

Dans la dartre compliquée de gale, l'anthrakokali simple ou sulfureux est uni aux fleurs de soufre :

Rp. Antrakokali simplicis, vel sulfurati. 10 cent.
Florum sulfris lotori. . . . . 25 —
Magnesiæ carbonicæ, vel pulv. rad. liquirit. 15 —
m. f. pluv., etc., ut supra.

Les dartres syphilitiques exigent l'emploi de l'anthrakokali et du mercure; s'il y a des ulcères syphilitiques primitifs, ou une blennorrhagie syphilitique, on se sert du calomel, ou bien du mercure soluble de Hahnemann :

Rp. Anthrakokali simplicis. . . 10 centigr.
Calomel, vel mercurii solubilis Hahnem. . . . . . . 1 à 2 —
Pul. radivis liquiritiæ. . . . 15 —
m. f. pulv., etc., ut supra.

Mais si la syphilis est constitutionnelle, on donne en outre séparément des pilules de sublimé corrosif.

Rp. Deutochloreti hydrargyri. . . 5 centigr.
Solv. in s. q. spirit vini. . . soluto adde:
Extracti liquiritiæ solidi. . . q. s. ut f. pil. 20. Consperg, pulv. liq. d.

Chaque jour, le malade prend cinq de ces pilules après son dîner, et tous les trois jours on augmente de deux, jusqu'à ce qu'il ait pris douze grains de sublimé, comme d'après la méthode de Dzondi; avec ces pilules, on emploie aussi l'anthrakokali seul, ou combiné aux fleurs de soufre, selon les formules ci-dessus.

La dartre développée tout à la fois sous l'influence du virus syphilitique et psorique cède à l'emploi combiné de l'anthrakokali, des fleurs de soufre et du mercure, dont on aide l'effet par des tisanes sudorifiques.

M. le docteur Polya combat la lèpre par l'anthrakokali et l'antimoine :

Rp. Anthrakokali simplicis, vel sulfurati. . . . . . 10 centigr.
Sulfuris aurati antimonii, vel antimonii crudi.
Magnesiæ carbonicæ, vel pulv. rad. liquir. . . . . ana 15 centigr.
m. f. pulv. d. doses tales. Tres pro die.

Quand la dartre est compliquée d'une diathèse cancéreuse, on combine l'iode à l'anthrakokali et aux fleurs de soufre :

Rp. : Iodii puri. . . . 5 centigr.
Hydroiodalis kali. . 10 centigr.; solve in
Aquæ destill. simpl. . 64 grammes; d.

On commence par quatre gouttes matin et soir, et chaque jour on augmente de deux, jusqu'à concurrence de 10 à 14 gouttes, dose que l'on continue matin et soir.

Les succès que l'on obtient dépendent surtout du bon diagnostic quant aux complications qui jouent le rôle de cause, et du choix judicieux du remède. Or, les complications se manifestent quelquefois en même temps que la maladie; d'autres fois, pendant son traitement, et après que l'on a triomphé de l'une des diathèses, qui tiennent la maladie sous leur influence; aussi les formules très-composées, citées plus haut, sont-elles commandées par la nécessité.

En étudiant les effets du mercure, du soufre, de l'iode, de l'antimoine, du charbon de terre employés isolément M. le docteur Polya a observé :

Que des maladies de même forme, traitées par des remèdes différents, chez divers individus avaient subi des *modifications différentes*, ou bien étaient *restées stationnaires*.

Dans le premier cas, sous l'influence de certains remèdes, du mercure, du soufre, de l'antimoine, etc., la forme de la maladie a éprouvé quelque modification, et cette forme secondaire revêtue par la maladie se montrait réfractaire à l'action du même remède continué après cette transformation, d'où le

Digitized by Google

docteur Polya a jugé qu'une partie morbifique avait été expulsée, et l'une des causes immédiates de la maladie neutralisée; il a dû en conclure que cette nouvelle forme de la maladie, qui dès lors se montrait rebelle à un remède si efficace d'abord, exigeait dorénavant un autre mode de traitement. Sur ces données, il mit en usage un autre moyen, que son expérience, les antécédents et l'aspect actuel de la maladie lui firent juger le plus opportun. Par là, il apporta encore d'heureux changements à la forme de la maladie, et ces effets et le raisonnement le convainquirent alors que telle forme des maladies dartreuses exigeait plusieurs remèdes différents pour être conduite à la guérison.

Dans le second cas, le traitement n'ayant produit aucune modification, l'auteur en a conclu que le remède employé n'avait rien de spécifique contre la maladie.

Après de longs tâtonnements et de fréquentes erreurs, après avoir changé souvent d'opinion sur la nature de certaines formes morbides, après avoir dirigé différents traitements contre chacune d'elles, M. le docteur Polya est arrivé à déterminer les diverses complications des dartres et les remèdes spéciaux de chaque cas particulier.

Action de l'anthrakokali dans les scrofules et les rhumatismes. — Les effets salutaires de l'anthrakokali dans les affections dartreuses ne se sont pas démentis lorsqu'on l'a appliqué au traitement d'autres maladies surtout des *scrofules* et des *rhumatismes chroniques*.

Plus les *scrofules* se sont montrées rebelles à l'iode, au mercure, au soufre, au chlorure de baryum et de calcium, plus elles ont cédé facilement à l'anthrakokali. Ainsi les ganglions lymphatiques à l'état de vive inflammation passent rapidement à la suppuration, et si l'on en fait l'ouverture dès que la fluctuation y est évidente, il en sort un pus de bonne nature, la détersion et la cicatrisation en sont beaucoup plus promptes que par aucun autre moyen; si l'abcès est percé et la peau intacte, le pus en est souvent résorbé.

Obs. — Un jeune cordonnier, âgé de 17 ans, portait depuis deux ans, sur la partie latérale droite du cou et sous le maxillaire du même côté, des glandes dont le volume était devenu très-considérable; plusieurs étaient ulcérées et formaient des sillons sinueux, qui avaient disséqué la peau du cou. L'usage du soufre et de l'iode pendant trois mois n'avait fait qu'accroître les progrès du mal. Soumis à l'usage de l'anthrakokali, en deux mois de temps toutes les tumeurs disparurent, et deux d'entre elles qui entraient en suppuration furent résorbées.

Les *concrétions tophacées* que la goutte laisse à sa suite et les *tumeurs articulaires rhumatismales* cèdent aussi promptement à l'usage de l'anthrakokali, surtout quand on seconde son effet par l'administration des bains chauds. Son emploi a toujours été suivi d'heureux résultats dans les hydropisies articulaires, surtout du coude et du genou, pourvu toutefois que le liquide n'eût point encore passé à l'état purulent.

Entre autres observations, le docteur Polya cite les cas suivants :

Obs. I. — Un cocher, âgé de 32 ans, fut débarrassé en quinze jours de concrétions arthritiques accumulées sur la face dorsale de la main et des doigts.

Obs. II. — Dans l'espace de cinq semaines, un écuyer, âgé de 40 ans, fut délivré de semblables tumeurs, qui couvraient le carpe, le métacarpe, le pourtour du genou gauche et le tarse.

Obs. III.—Une fille de 30 ans, qui avait les doigts des pieds et des mains extraordinairement déformés par de pareilles nodosités, fut guérie en vingt-quatre jours par l'emploi de l'anthrakokali, et les bains sulfureux de Bade.

Obs. IV. — Une autre jeune fille de 22 ans, qui était tourmentée de douleurs ostéocopes, et dont le genou gauche était déformé par un abondant épanchement de synovie, obtint sa guérison en trois semaines.

Obs. V. — Un homme de 27 ans fut guéri dans l'espace d'un mois à l'aide de l'anthrakokali et du calomel, d'un vaste engorgement du coude droit, de tumeurs synoviales qui affectaient les genoux et les malléoles, ainsi que de concrétions tophacées répandues sur les jambes. Une fièvre rhumatismale chronique fut auparavant combattue par l'usage du nitre.

Les effets de l'anthrakokali sont beaucoup plus lents, mais tout aussi sûrs dans le rhumatisme chronique sans fièvre, où il n'y a que douleur sans tumeur.

Obs. VI. — Un homme de 18 ans avait, pendant plusieurs mois, inutilement employé les bains sulfureux de Bade et de Piestjann, le vin du colchique d'automne, l'huile de foie de morue, etc., pour combattre des douleurs internes et continues qu'il ressentait dans les pieds, douleurs qui étaient exaspérées dans les variations atmosphériques. L'anthrakokali pur l'en guérit radicalement dans l'espace de deux mois.

Obs. VII. — Un homme de 56 ans, affecté depuis quinze ans d'une douleur rhumatismale, siégeant au bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, avait en vain épuisé les traitements variés de plusieurs médecins, pendant plusieurs années. Il fut soumis pendant un an à l'usage de l'anthrakokali. La douleur ne se fit ressentir qu'une seule fois l'année suivante, et à un degré si modéré qu'elle ne gênait ni la parole ni la mastication, fonction qui, dans les années précédentes, était accompagnée d'une telle

Digitized by Google

exacerbation de douleur que plusieurs fois le malade avait failli en périr d'inanition.

On rencontre assez souvent le rhumatisme chronique compliqué d'exostoses syphilitiques des os longs. C'est donc à tort que l'on impute au virus vénérien toutes les douleurs des membres qui surviennent chez des individus affectés de syphilis constitutionnelle; il est tout aussi erroné d'attribuer au mercure les douleurs, qui persistent quelquefois après la guérison des syphilides par un traitement mercuriel.

Obs. VIII. — Une fille publique portait dans la joue gauche une syphilide intense et était à la fois tourmentée de vives douleurs ostéocopes. Elle fut traitée par le sublimé corrosif, d'après la méthode de Dzondi; les douleurs cessèrent et l'éruption pâlit; mais le traitement touchait à peine à sa fin que de nouvelles douleurs se firent ressentir dans les articulations. Elle fut soumise à l'usage de l'anthrakokali. Un abcès glanduleux se développa sur le côté droit du cou; à peine était-il entré en suppuration, que les douleurs disparurent. L'abcès, ouvert par la lancette, était cicatrisé au bout de quatre jours, et la guérison générale ne tarda pas à être complète.

Obs. IX. — Un jeune teinturier, de 19 ans, eut les parties molles et dures du nez entièrement détruites par un ulcère syphilitique; la voûte palatine fut aussi perforée; d'autres ulcérations syphilitiques se manifestèrent encore à la commissure des lèvres et à la partie antérieure de la cuisse, accompagnées de douleurs ostéocopes. Le mal parut céder au traitement de Dzondi; mais au bout de neuf mois une nouvelle syphilide envahit l'épaule gauche et disparut sous l'influence des astringents; mais aussitôt elle fut remplacée par une arthrite du genou et par des tumeurs très-douloureuses aux mains et dans les membres. Dans l'espace de deux mois, il fut complétement guéri par l'usage de l'anthrakokali.

Des faits pareils sont encore relatés dans la brochure de M. le docteur Polya. L'emploi de l'anthrakokali a toujours produit dans les tumeurs arthritiques, dans les rhumatismes chroniques, des changements très-avantageux; mais il est vrai de dire que la guérison n'a pas été dans tous les cas radicale.

Remèdes externes qui peuvent être employés avec l'anthrakokali.—En fait de remèdes externes, on ne doit employer concurremment avec l'anthrakokali que ceux qui peuvent aider son action et qui peuvent contribuer à modifier l'économie. Ainsi, quand les ulcérations dartreuses sont tout à fait simples, il suffit de les couvrir d'un plumasseau de charpie. Des topiques astringents seront employés pour réprimer les chairs molles et fongueuses. On combattra la gangrène, si elle survient, avec l'acide empyreumatique pur ou étendu.

Tout autre topique dont l'emploi serait réellement avantageux contre les lésions *locales* doit être évité, quand ces affections sont entretenues par une diathèse générale, parce qu'alors le médecin serait privé d'un thermomètre utile pour conclure à la guérison de la maladie. Toutefois, quand la réaction générale est un peu prononcée, les bains sont indiqués et ont, en effet, de très-bons résultats.

Observations supplémentaires.

Un des meilleurs caractères auxquels on puisse reconnaître si la préparation de l'anthrakokali est bien faite, c'est qu'elle soit presque entièrement soluble dans l'eau distillée; il faut donc faire l'expérience suivante : on prend 25 ou 50 centigrammes de la préparation et on les mêle à 30 ou 60 grammes d'eau distillée; le mélange doit alors prendre et conserver une couleur brun-noirâtre. On laisse reposer cette solution, et si elle devient plus claire, si une poudre noire se précipite au fond du vase, alors la préparation est mal faite; même après avoir été filtrée cette solution doit conserver cette coloration noirâtre. Si l'anthrakokali est privé de ce caractère distinctif, il faut en chercher la cause ou dans le charbon de terre ou dans le mode de préparation. L'on voit des pharmaciens qui obtiennent de très-mauvaises préparations, soit parce qu'ils se servent de la potasse caustique du commerce, soit parce qu'en employant de la potasse parfaitement convenable ils lui associent un charbon de terre de mauvais choix. Dans l'un et l'autre cas, la préparation échoue; bien plus, dit M. le docteur Polya, on en a obtenu de mauvais effets quand on l'a employé dans les engorgements des ganglions lymphatiques; on les a vus, en effet, entrer en suppuration dans des cas analogues à ceux où, par le secours d'une préparation convenable, on en obtenait la résolution complète.

M. le professeur Caventou a eu la bonté de faire lui-même la préparation sous mes yeux; mais le produit que nous avons obtenu ne jouissait pas de ces derniers caractères; car une solution de cet anthrakokali laissait tomber une assez grande quantité de poudre noire, et, après l'avoir filtrée, presque tout le charbon restait dans le filtre, et le liquide obtenu était aqueux, ayant une teinte légèrement brunâtre et, du reste, les caractères d'une solution de potasse caustique.

M. le docteur Mandl a rapporté d'un voyage qu'il a fait dernièrement en Hongrie de l'anthrakokali, qu'il a obtenu de M. Polya lui-même. Cette préparation, mêlée avec de l'eau distillée dans les proportions indiquées ci-dessus, formait un liquide noir, dans lequel même, après un quart d'heure de repos, il ne se montrait guère de dépôt, et qui, après avoir été filtré, n'a perdu que très-peu de sa coloration, ne

Digitized by Google

laissant qu'une petite quantité de poudre noire dans le filtre. Une gouttelette du liquide filtré, placée entre deux verres, et examinée sous le microscope, a fait voir des parcelles irrégulières, noirâtres, nageant dans le liquide, particules qui appartiennent probablement au charbon qui s'y trouve en suspension.

Le charbon et la potasse se trouvent-ils en partie réunis à l'état de combinaison chimique ou à l'état de simple mélange? Quelle que soit la réponse de la chimie à cette question, le seul fait important à constater pour le praticien, c'est une très-grande solubilité de la préparation et dès lors son absorption plus facile, son introduction dans toute l'économie, pour en modifier les sécrétions, les nutritions morbides, les inflammations chroniques, par lesquelles se manifestent les maladies cutanées.

On aura plus de chances d'obtenir une préparation qui ait ces qualités si l'on choisit un charbon *très-noir, très-léger, bien porphyrisé* à plusieurs reprises, et que l'on aura soin de mêler avec la potasse immédiatement après la préparation de cette dernière, parce que les corps sont plus disposés à former de nouvelles combinaisons, immédiatement après les avoir dégagées d'autres; en outre, la température, le degré de fluidité de la potasse caustique après sa préparation peuvent aussi contribuer à favoriser l'union.

Aujourd'hui, que l'on s'en tient à l'apparence, que l'on regarde chaque hypothèse, quelque bien fondée qu'elle soit, comme une entrave au progrès, que l'on circonscrit avec exactitude les limites de chaque maladie, on s'étonnera d'entendre professer que des dartres peuvent se développer sous l'influence de la gale, maladie regardée par les dermatologues les *plus célèbres* comme une affection purement locale, *qui ne doit* jamais être traitée que par des topiques.

Les motifs sur lesquels ces savants et praticiens basent leur opinion sont :

1° Que la gale est produite par la transmission de l'acarus qui creuse son sillon, produit la vésicule, etc.

2° Qu'un grand nombre d'individus, qui ont été traités exclusivement par des topiques, ont été parfaitement guéris de la gale, sans avoir jamais eu ensuite d'autres affections cutanées.

Quant au premier point, on peut répondre : que le rôle de l'acarus dans la production de la gale, n'est point encore incontestablement démontré; toujours est-il qu'on trouvera un grand nombre de malades couverts de gale, sur lesquels l'observateur, même le plus exercé, ne pourra découvrir l'acarus; d'autres fois, on ne trouvera qu'un seul acarus sur des galeux porteurs de myriades de vésicules; bien plus, après la destruction de l'insecte, on voit les vésicules persister, se reproduire et suivre toutes les phases de leur évolution parfaite. L'on sait, du reste, que la gale se développe spontanément chez les animaux dans certaines circonstances débilitantes. Donc il faut admettre que si l'acarus peut développer l'affection psorique locale, celle-ci, par sa prolongation, peut créer un état général, une diathèse si l'on veut, dont les effets persisteront après la destruction de l'acarus; de même que l'évolution de la gale peut se manifester spontanément sans la présence de l'acarus, et par le fait, sans doute, d'un état morbide général.

2° S'il est vrai que beaucoup d'individus affectés de gale en ont été guéris radicalement par le seul traitement local, c'est que dans ces cas la gale n'avait pas atteint un haut degré de développement, soit à cause de sa courte durée, soit à cause du défaut de l'activité de la peau chez des individus vigoureux exposés aux vicissitudes atmosphériques, à des travaux durs et pénibles et vivant dans des climats froids et humides; mais si un individu porte la gale plusieurs semaines, ou quelques mois, s'il a la peau impressionnable, s'il vit sous un climat, et au milieu d'occupations qui augmentent l'activité et la susceptibilité de la peau, le traitement tenté dans ces circonstances avec les seuls remèdes externes n'a en sa faveur ni les preuves de l'expérience, ni celles de la raison; parce que dans ces cas la gale a cessé d'être une maladie purement locale, ce qui est prouvé par des lois incontestables de la pathologie, et par les observations les plus authentiques :

1° C'est une loi pathologique que l'organisme s'habitue aux sécrétions morbides et aux inflammations chroniques, et leur suppression subite a ordinairement tôt ou tard des suites fâcheuses; nous devons donc penser que pendant leur durée, quoique l'économie n'offre, du reste, presque rien d'anormal, elle est cependant modifiée, et la maladie après une certaine durée ne peut plus être considérée comme locale.

Ainsi la gale qui a duré quelques semaines et qui s'est développée sous des influences favorables aux maladies cutanées, est souvent accompagnée d'une inflammation assez vive de la peau, d'une sécrétion assez abondante, qui forme non-seulement des vésicules, mais encore de larges pustules, qui se rompent, forment des croûtes, et se reproduisent pendant des semaines et des mois; la résorption s'opère toujours dans les parties affectées et rend la maladie de plus en plus générale.

2° Quelque limité que soit leur foyer primitif, les maladies contagieuses ont une singulière tendance à affecter toute l'économie; le point de départ de la syphilis, son foyer primitif, est bien plus restreint que celui de la gale, et pourtant voyez combien sont terribles les suites d'un chancre négligé. La variole inoculée produit souvent une éruption générale. La vaccine, qui ne dure que de huit à quatorze jours,

Digitized by Google

change totalement les dispositions de l'économie qui perd désormais sa susceptibilité à contracter telle ou telle maladie contagieuse.

Eh bien! la gale qui est aussi une maladie contagieuse, et qui pour sa transmission n'exige pas même un contact si intime que la syphilis et la vaccine, pourquoi n'exercerait-elle pas aussi son influence sur toute la constitution, influence qui se manifeste d'ailleurs par des phénomènes consécutifs variables?

Si, d'un côté, le raisonnement nous fait rejeter l'opinion de ceux qui considèrent la *gale invétérée* comme une maladie purement locale, d'un autre côté l'expérience prouve invinciblement que, comme les autres maladies contagieuses, la gale aussi en se prolongeant a une tendance spéciale à affecter toute l'économie ;

1° En effet, suivons la marche de la maladie : l'infection s'opère ordinairement sur une partie circonscrite, le plus souvent sur les mains, et à l'instant où l'éruption s'y manifeste, les démangeaisons sont déjà plus ou moins répandues sur tout le corps ; des vésicules s'élèvent sur le ventre et sur les articulations dans le sens de leur flexion, sans que l'on puisse invoquer, dans bien des cas, sur ces parties, le contact des doigts, ou de l'acarus, que l'on ne trouve ordinairement qu'aux mains. Si la maladie n'est pas traitée, son invasion devient générale ; si elle est traitée par des applications irritantes, il se produit des éruptions très-rebelles ; si elle est combattue par les remèdes même les plus doux, les démangeaisons n'en persistent pas moins pendant un temps plus ou moins long aussi après la disparition des vésicules.

Or, cette altération générale et profonde de l'innervation cutanée peut-elle être attribuée à une maladie toute locale? Et une maladie qui se caractérise par des éruptions morbides presque générales n'aurait-elle pas des racines plus profondes dans les humeurs, dans toute l'économie, enfin ?

2° Voilà, en outre, ce que l'expérience répond et prouve ; c'est que les sujets qui ont été porteurs d'une gale de longue durée, qui n'a été traitée que par des moyens externes, conservent une prédisposition qui fait récidiver à chaque printemps, pendant de longues années, soit des démangeaisons simples, soit accompagnées par des éruptions vésiculeuses et papuleuses.

Les syphilides ordinairement ne sont point accompagnées ni suivies de semblables prurits, et si maintes fois nous avons rencontré des démangeaisons vives avec des syphilides, toujours nous avons pu constater que les individus avaient été anciennement affectés de la gale.

Sans nier donc l'influence de l'acarus, il reste prouvé pour nous :

1° Que la gale, après une certaine durée, tend à affecter toute l'économie, et dès-lors son traitement à cette époque doit être général, plus encore que local.

2° Que cette gale *invétérée* exerce une influence spéciale sur les maladies cutanées ultérieures, et, partant, leur traitement doit être modifié en conséquence, et on doit tenir un compte tout particulier de cette gale antécédente.

Mais revenons à l'anthrakokali : quoiqu'on ne puisse expliquer l'action de ce remède, et que son administration soit encore empirique, ses effets avantageux doivent le faire admettre dans la pratique. Il est important d'avoir une bonne préparation du remède pour répéter les expériences de M. le docteur Polya, et pour arriver aux mêmes résultats. Toutefois, on ne doit point regarder l'anthrakokali comme infaillible à lui seul ; les maladies chroniques de la peau ont jeté de trop profondes racines dans l'économie ; il faut donc aider l'action du médicament par un régime et par une hygiène bien entendus et continués pendant un temps assez long.

On trouvera dans l'ouvrage de M. le docteur Polya de plus amples détails sur toutes ces données et sur l'application heureuse de l'anthrakokali à quelques maladies spéciales.

Le talent d'observation de M. le docteur Polya, et la consciencieuse probité de ce savant praticien, sont des garants qui doivent engager les médecins à répéter ses expériences.

GAZETTE MÉDICALE. — Mars 1840.

Encore un mot sur l'acide hydrocyanique et sur son action thérapeutique.

M. le professeur Andral a poursuivi, avec tout le scrupule qu'on lui connaît, l'examen de l'action de l'acide hydrocyanique, soit sous le rapport physiologique, soit sous le rapport thérapeutique. Il a pris pour sujet de ses investigations les malades de son service de l'hôpital de la Charité, en nombre très-considérable. Le résultat de ses expérimentations, joint aux résultats déjà obtenus par d'autres médecins et publiés dans ce recueil, tendent à modifier, sinon même à la détruire, l'opinion qu'on doit se faire, en thérapeutique, de l'action de cet acide. Nous laissons de côté l'étude des effets de ce médicament, sous le rapport physiologique. Il y a une méprise grave à arguer, comme on le fait trop souvent, de l'action d'un remède ou d'un agent quelconque sur l'homme à l'état de santé, et à plus forte raison sur des animaux, dans des expériences beaucoup trop vantées, à l'action du même remède

Digitized by Google

ou du même agent sur l'homme malade. En effet, l'homme malade et l'homme à l'état physiologique constituent deux êtres tout à fait distincts ; et il est pour le moins téméraire de se fonder sur les effets obtenus chez l'un, pour en déduire les effets à obtenir chez l'autre : cependant M. Andral a voulu savoir ce que produirait l'acide hydrocyanique employé successivement, et chez les sujets à l'état normal, et chez les sujets à l'état pathologique. Sous le rapport physiologique, il a cherché à l'étudier dans ses effets sur les divers organes et sur les divers appareils; sous le rapport pathologique, il l'a étudié également dans ses effets sur les symptômes de certaines maladies, et dans ses effets sur l'ensemble d'un grand nombre d'affections. Les conclusions que ce médecin a obtenues ne sont guère favorables à l'idée qu'on se fait de l'utilité de cet agent énergique à titre de médicament. Mais avant d'énoncer les conséquences des expériences de M. Andral, suivons l'habile praticien dans quelques-unes de ses expérimentations. Comme nous l'avons dit, nous ne parlerons pas des expériences purement pathologiques.

Une précaution capitale en employant l'acide hydrocyanique, c'était de s'assurer par avance du degré d'activité de la préparation en usage; car on sait qu'il y a de ces préparations absolument sans effet, à cause de la neutralisation de l'acide, et d'autres extrêmement énergiques, sans parler des degrés d'activité intermédiaires, à cause de la concentration de ce redoutable poison. Or, l'acide mis en usage dans les expériences de M. Andral se recommande d'abord par la stabilité de ses principes, et puis par l'uniformité de sa condition. Il a été préparé par le procédé de Gea Pessina, et il contenait cinq parties d'eau pour une d'acide. On commençait généralement son administration par la dose de quatre gouttes de cette préparation dans quatre onces d'eau pure, et on l'élevait graduellement de deux en deux gouttes jusqu'à quatorze gouttes. Après cette quantité, on n'augmentait plus la dose que goutte à goutte. On ne doit pas dépasser, en général, vingt-deux ou vingt-quatre gouttes. M. Andral en a donné deux fois jusqu'à vingt-huit gouttes ; mais il est survenu des accidents très-graves. On administre la potion dont il s'agit par cuillerée à bouche, de deux heures en deux heures. Exposons sommairement les résultats de l'action de l'acide prussique dans un certain nombre de maladies.

La phthisie pulmonaire est une de celles que M. Andral a le plus traitées par cette préparation. On se souvient que l'acide prussique a été employé par quelques médecins, comme un remède par excellence contre cette phthisie ; que M. Fantonetti notamment affirme avoir guéri radicalement, à l'aide de cet agent, des phthisiques dans un état vraiment désespéré, faits qui ont déjà été infirmés par les articles publiés dans ce recueil par MM. les professeurs Forget et Max. Simon. Nous y revenons encore, car on ne saurait trop insister soit sur les choses essentiellement utiles, soit sur l'emploi de celles qui, vantées à tort, sont nuisibles ou inefficaces. Les expériences les plus récentes de M. Andral sur la phthisie, comprennent vingt-quatre sujets sous toutes les conditions possibles, et à des époques très-diverses de la lésion des poumons. Les phthisiques, hommes, ont pu prendre depuis dix gouttes d'acide jusqu'à seize, vingt-deux et vingt-quatre gouttes dans une potion ; la dose moyenne a été d'une vingtaine de gouttes. Les femmes paraissent en général plus susceptibles que les hommes à l'action de cet acide ; chez les phthisiques de ce sexe on n'a pas dépassé dix-huit gouttes. Toutes ces gouttes sont administrées dans quatre onces d'eau pure. Trois malades seulement ont vu leur état s'améliorer sous l'influence de ce remède ; la plupart ne paraissent n'en avoir éprouvé ni bien ni mal, et chez quelques-uns le mal paraît avoir empiré par son action. L'acide hydrocyanique n'a pas non plus réussi dans le cas de lésions organiques du cœur. Il n'a pas été plus heureux dans les affections essentiellement nerveuses. Voici le résumé des deux faits où l'action a été la plus avantageuse ; on verra à quoi se réduisent ces succès.

I. Une jeune fille, âgée de vingt ans, éprouvait une fièvre violente avec la peau chaude, un peu de toux et de dyspnée, accompagnées d'une inspiration rude ; elle fut soumise à la potion avec l'acide hydrocyanique; on lui donna cet acide jusqu'à la dose de seize gouttes, continuées pendant environ un mois. On ne remarqua qu'une action locale, étourdissements, bouffées de chaleur, puis sueur. La fièvre diminua peu à peu, et elle sortit dans un état d'amélioration marquée, quoiqu'elle offrît encore des sueurs nocturnes ; elle portait encore à sa sortie quelques petites cavernes au sommet du poumon gauche.

II. Une couturière, âgée de vingt et un ans, est affectée depuis quatre ans d'une maladie du cœur, caractérisée par des palpitations, bruit de soufflet, impulsion augmentée. Cette affection revient par accès ; alors elle se couche, et au bout de huit ou dix jours de séjour au lit, elle se trouve quelquefois soulagée, soit par le repos seul, soit par la saignée. Soumise à l'emploi de l'acide hydrocyanique jusqu'à la dose de quatorze gouttes, elle est sortie de l'hôpital très-soulagée après douze jours de traitement.

La plupart des faits où l'acide hydrocyanique a eu quelque avantage entre les mains de M. Andral, ne sont pas plus explicites ni plus concluants que les deux que nous venons de citer; dans presque tous les autres, ou bien cet acide n'a pas même soulagé, ou bien il en aggravait la maladie. L'ensemble de ces

Digitized by Google

observations, il faut le répéter, tend à rabattre beaucoup de la haute idée qu'on s'était faite de l'action thérapeutique de l'acide hydrocyanique. Cependant beaucoup d'observations dans lesquelles cet agent a dû jouir certainement d'une grande activité, à en juger par les accidents qu'il a produits sur d'autres sujets, attestent qu'il recèle une action thérapeutique véritable. Quel parti prendre entre l'opinion qu'il est doué de vertus curatives énergiques, et l'opinion, déduite des observations de M. Andral, qu'il jouit à peine de quelque efficacité? Nous pensons, pour notre compte, que l'acide hydrocyanique exerce réellement une action thérapeutique incontestable, dans les cas surtout de névroses idiopathiques; mais qu'il n'a qu'une action très-secondaire, lorsque les névroses sont entretenues par une lésion organique, et à plus forte raison lorsqu'il s'agit de maladies exclusivement organiques.

Quoi qu'il en soit de notre opinion, fondée sur l'ensemble des faits touchant l'action thérapeutique de cet acide, voici les conclusions générales que M. Alfred Becquerel a cru pouvoir tirer des observations qu'il a recueillies auprès de M. Andral: 1° l'acide hydrocyanique, préparé par le procédé de Gea Pessina, se conserve longtemps sans s'altérer. Ainsi, administré aux mêmes doses, chez les mêmes individus, il détermine les mêmes effets; 2° on doit l'administrer dans une potion de quatre onces d'eau pure non édulcorée et par cuillerées: c'est la seule manière de le voir conserver, aux dernières cuillerées, une force égale à celle qu'il avait aux premières; 3° en prenant ces précautions, l'acide hydrocyanique peut être administré et manié avec facilité, pourvu que l'on prenne la précaution de commencer par des doses assez faibles et de l'élever peu à peu par une ou deux gouttes à la fois; 4° l'acide hydrocyanique, à la dose de huit à douze gouttes, détermine, en général, des effets physiologiques locaux qui deviennent de plus en plus intenses, et agissent avec d'autant plus d'énergie qu'on porte cette dose plus haut. Ces effets sont intermittents, et suivent chaque cuillerée d'acide; 5° ce même médicament, donné à la dose de seize à vingt gouttes, et continué sans interruption, pendant un certain temps, peut, chez quelques individus, agir d'une manière continue: c'est une action essentiellement hyposthénisante; 6° porté à une dose plus élevée, l'acide prussique peut donner naissance à des accidents graves, dont les symptômes principaux sont constitués par une violente surexcitation du système circulatoire et nerveux; 7° les effets physiologiques ne donnent aucune indication qui puisse conduire à employer ce médicament contre tel ou tel symptôme, telle ou telle maladie; 8° l'acide hydrocyanique, sans aucune influence contre la plupart des symptômes des maladies dans lesquelles on l'emploie, en exagère, au contraire, quelques autres; 9° il est sans aucune influence sur la marche de la plupart des maladies, et il peut être considéré comme plutôt nuisible qu'utile; 10° dans quelques affections nerveuses, l'acide hydrocyanique, par les effets auxquels il donne lieu, peut changer la nature des symptômes, leur marche et leur intensité: nous n'avons pas observé de guérison.

Quant à nous, tout en reconnaissant que les conclusions précédentes peuvent se déduire, en effet, de l'ensemble des observations de M. Andral, nous les modifierions d'après l'ensemble des faits rassemblés dans la science et parfaitement bien constatés, en disant que l'acide hydrocyanique ne paraît exercer aucune influence thérapeutique sur les lésions matérielles des organes, qu'il peut nuire même, lorsqu'on l'adresse à des affections dépendantes de quelques-unes de ces lésions, surtout à l'état aigu; mais que l'acide hydrocyanique est doué d'une action sédative du système nerveux, dans les cas de névroses essentielles, et qu'il opère réellement, dans beaucoup de circonstances, avec toute l'activité des meilleurs antispasmodiques.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.—Mars 1840.

***Note sur l'aliénation mentale et la démence pendant la grossesse*; par M. De Bouis, D. M. P.**

Ayant eu l'occasion d'observer un cas remarquable de dérangement des facultés intellectuelles, survenu au cinquième mois de la grossesse, j'ai été conduit à faire des recherches sur ce point de pathologie et à étudier ce qu'on avait écrit sur ce sujet. J'ai vu que le nombre de faits particuliers et détaillés, publiés sur cette matière, était beaucoup moins considérable qu'on ne le supposait généralement. Le plus souvent, je n'ai trouvé dans les auteurs que des assertions générales sur l'influence fâcheuse de la grossesse, sans observations à l'appui de ces opinions, ou bien des faits si brièvement rapportés qu'on pouvait craindre qu'ils n'eussent laissé dans la mémoire de l'observateur qu'un souvenir vague et confus. En interrogeant l'expérience des médecins qui s'occupent depuis longues années d'accouchements ou de maladies mentales, la question de l'influence de la grossesse sur le dérangement des facultés intellectuelles, et celle de l'accouchement sur la terminaison de la maladie, est restée indécise pour moi. Mais, il m'a été facile d'entrevoir que tous les cas de dérangement des fonctions intellectuelles, survenus pendant la gestation, n'étaient pas identiques ni comparables entre eux; ce qui, jusqu'à un

Digitized by Google

certain point, peut expliquer les divergences qu'on remarque dans les opinions des observateurs sur les chances de guérison ou de non guérison de la maladie; opinions qui d'ailleurs reposent presque toujours sur un petit nombre d'observations isolées. Il m'a paru que, dans l'état de pénurie actuelle de la science sur ce point, la meilleure marche à suivre était de raconter, avec des détails convenables, l'histoire du fait que j'ai observé, de le rapprocher de quelques autres faits analogues, déjà publiés, dont j'ai eu connaissance.

Marie B***, âgée de 22 ans, déjà mère quoique non mariée, d'un tempérament lymphatique et nerveux, cheveux rouges, peau et visage pâles, d'un caractère irritable, d'une bonne constitution et d'une bonne santé, entra, dans les premiers jours de juin, dans le service de M. Rayer, à la Charité, pour une affection légère des organes digestifs, qui ne présenta rien de particulier et céda en peu de temps sous l'influence de la diète et des boissons gommées.

Une semaine après sa sortie, à la suite d'une altercation fort vive avec les personnes de la maison où elle était en service, elle fut frappée, dans un *accès nerveux*, d'une perte subite de connaissance, *comme d'apoplexie*; elle resta ainsi, malgré les soins, tout le reste du jour : on se décida alors à la porter à l'hospice de la Charité. L'interne de service lui pratiqua immédiatement une forte saignée; fit appliquer des sinapismes aux extrémités inférieures.

Le lendemain matin, lorsque je la vis pour la première fois, sa figure n'annonçait aucune souffrance; elle ne se plaignait pas et paraissait ne rien comprendre aux circonstances extérieures. Ainsi, elle *regardait* les personnes qui l'environnaient d'un air *stupéfait*, ne répondait à aucune des questions qui lui étaient adressées, mais sans motif se prenait soudainement à sourire. Ce sourire n'occasionnait aucune distorsion de la face, dont les muscles jouissaient d'une égale mobilité des deux côtés; la langue, les yeux, avaient conservé leur rectitude normale, il n'y avait de paralysie du mouvement ni du sentiment dans aucune des parties du corps. La peau était chaude, mais sans sécheresse; le pouls, plein sans être dur, battait 95 pulsations par minute. Il fut impossible d'obtenir d'elle aucun renseignement sur ce qu'elle avait éprouvé et sur ce qu'elle éprouvait encore (*saignée de* 18 *onces*, *tilleul sucré*).

L'amélioration produite par l'influence de la première saignée devint un peu plus marquée après la seconde. Elle put comprendre qu'on lui adressait la parole, mais le rétablissement des facultés intellectuelles était bien faible, elle ne pouvait répondre aux questions qu'elle entendait, qu'elle paraissait comprendre, car elle répondait à toutes... *que voulez-vous, je ne peux pas vous dire!!* paroles qu'elle accompagnait d'un léger mouvement d'épaules, qui manifestait qu'elle avait conscience de son état et de son incapacité intellectuelle. Pendant la nuit rêvasseries, agitation. Le pouls est toujours fréquent, 90 pulsations par minute, la peau chaude, la langue nette, les fonctions de la vie organique dans une parfaite régularité; elle ne se plaint de douleur dans aucune partie, la pression n'en cause aucune sur l'abdomen. Elle n'est pas constipée, les urines sont claires, pas de soif.

Le sang de la saignée était couenneux (*tilleul sucré*). Le jour suivant l'état de la malade paraît un peu amélioré, elle a retrouvé un peu de mémoire, elle paraît se rappeler, mais confusément, ce qui s'est passé avant son entrée à l'hôpital; mais tout cela paraît confus dans son esprit. Par instants, elle menace la personne qui lui a fait du mal, qui l'a volée, qui a ouvert son armoire, dont elle montre la clef. Mais il est impossible de savoir d'elle quelque chose de précis, qu'elle lie entre eux les faits dont elle se plaint. Devant moi, elle ne se plaint de personne, et si je veux l'amener à me répondre sur ce point elle ne me comprend pas plus que pour tout le reste. D'après les renseignements pris à son domicile, il n'y a rien de réel dans les accusations qu'elle a fait cette seule fois, sans jamais en rien dire dans la suite. Elle se souvient du nom de M. Rayer, elle présente du tabac lorsqu'on lui en demande, elle se sent appétit et demande à manger et à boire; mais elle ne peut nullement participer à la vie sociale, elle ne peut exprimer les idées qu'elle paraît avoir toujours et ne peut répondre aux questions qu'on lui adresse. Elle répète toujours qu'elle se *trouve bien*, *qu'elle ne peut pas dire*. Du reste elle est plus calme, moins agitée, souriant gaîment par instants, dans d'autres, taciturne, rêveuse.

Cet état mental persiste les jours suivants malgré deux purgations à un jour d'intervalle et une troisième saignée, mais l'état fébrile disparaît tout à fait pour ne plus revenir. Elle se trouve toujours en bonne santé, mais elle prend ma main, la porte à son front pour indiquer qu'elle y a bien mal, puis de là à sa poitrine comme pour se plaindre d'oppression. L'auscultation ne donne que des bruits normaux pour la respiration et la circulation. Toujours elle entremêle de soupirs, de rires sans motif, les questions qu'on lui adresse, et vous regarde d'un air étonné de ne pas voir partager ses sentiments. Si on lui demande quel âge elle a, quel pays est le sien, elle paraît bien comprendre et savoir ce qu'elle doit répondre, mais ne peut le faire. Je lui écris ces questions, elle prend ma plume et mon papier, je crois qu'elle va écrire les réponses, elle ne le fait pas, elle copie les demandes d'une manière incorrecte en intervertissant l'ordre des lettres. Si on lui

Digitized by Google

parle de Préaupale son pays, elle paraît heureuse.

Quelques jours après sa figure devient légèrement œdémateuse surtout vers les paupières, il semble aussi qu'elle devienne plus stupide. Ainsi à toutes les questions elle n'a plus qu'une manière de répondre, c'est de compter jusqu'à six sur ses doigts et d'ajouter et *de deux*. Ce qui s'explique par l'idée fixe qu'on peut lui supposer qu'elle est enceinte de six mois et qu'elle porte deux enfants. Le 29 juin 1839, tout à coup B*** devient turbulente, elle qui n'avait présenté dans ses actes extérieurs qu'une espèce de résignation à son sort malheureux, dont elle paraissait jusqu'à un certain point avoir conscience, elle déchire par lambeaux une robe, un parapluie, qui lui tombent sous la main; elle se lève, court sans chemise dans les salles, en vociférant et se jouant pour ainsi dire de la surveillance, descend dans la salle des hommes et se glisse dans le lit d'un pauvre malade, atteint de fièvre typhoïde. Après une telle escapade, il était indispensable de l'évacuer sur un établissement spécial, elle fut envoyée à la Salpêtrière; elle avait séjourné trois semaines à la Charité.

Je la visitai à la Salpêtrière le 5 juillet. Le changement du lieu paraît avoir opéré sur elle une influence avantageuse, et lui avoir fait faire un retour sur elle-même. Elle est devenue plus calme depuis son entrée, elle n'a eu aucun moment d'agitation; elle est d'ailleurs dans le même état d'affaiblissement intellectuel. Cependant elle me reconnaît et m'appelle en souriant M. Rayer. Toujours elle répète : *Je ne peux pas vous dire*... Que voulez-vous?.. Quand *vous voudrez bien*. Elle ne compte plus : 1, 2, 3, 4, 5, 6; mais seulement : 7, 8. Il est impossible de lui faire dire les nombres précédents, ce qui est en rapport avec l'époque de sa grossesse, ainsi que le toucher le constate. Depuis lors jusqu'à l'époque de son accouchement, qui eut lieu le 25 août, je la visitai une ou deux fois par semaine. Elle ne présenta aucun changement, et ne se livra à aucun acte extérieur de désordre. L'accouchement ne présenta rien de particulier; seulement son enfant n'était pas né qu'elle s'écria : elle est gentille, ma petite fille, et il se trouva qu'elle avait dit vrai, que c'était une fille. On ne jugea pas à propos de lui laisser son enfant, qu'elle n'a pas demandé une seule fois, paraissant avoir totalement oublié qu'elle est accouchée; elle a perdu plus complétement encore la mémoire des circonstances antérieures, elle ne se rappelle plus son séjour à la Charité; ne me reconnaît plus. Les suites de couches ont été sans aucun accident et n'ont produit aucune amélioration dans son état intellectuel, quoique les règles soient revenues, qu'on l'ait traitée par les vésicatoires à la nuque. Aujourd'hui, janvier 1840, elle présente toujours la même perte de mémoire, la même absence d'idées, la même impossibilité de s'exprimer, et je crois qu'on peut la regarder comme incurable. C'est une question qui sera discutée dans les remarques que nous ferons au sujet de cette observation.

Je crois devoir appeler d'abord l'attention sur le début de la maladie par une perte incomplète et subite de connaissance, avec fièvre, dans un accès comme hystérique, provoqué par une colère. On ne pouvait rattacher cette maladie à une hémorrhagie cérébrale puisqu'il n'y avait aucun symptôme de paralysie. En voyant l'affaiblissement, ou pour mieux dire l'impuissance presque totale des facultés intellectuelles, je pensai qu'on devait regarder ce cas comme une espèce *d'imbécillité* ou de *démence*, liée ou non à une altération du cerveau.

Cependant, ce n'est pas ainsi que débute ordinairement la démence ou l'imbécillité. On a vu, dit Georget (art. *hystérie* du *Dictionnaire de médecine* en 21 vol.), lorsque l'hystérie a duré longtemps, dix ou quinze ans, plus ou moins, suivant les dispositions individuelles, l'intelligence et la mémoire affaiblies; la crainte de la stupidité tourmente les malades, dont un côté du corps montre un affaiblissement sensible. Mais Georget affirme que la démence est un phénomène qu'on n'observe pas à la suite de l'hystérie.

Ce n'est pas sous cette forme de démence, observée chez B***, que se montrent ordinairement les affections mentales qui surviennent pendant la grossesse. J'ai appris de M. Esquirol, dont j'interrogeais la longue et savante expérience, pour savoir si les femmes devenues folles pendant la grossesse lui avaient présenté plus fréquemment une forme d'aliénation qu'une autre, qu'il n'avait pas remarqué qu'une forme d'aliénation mentale se présentât plus particulièrement dans cet état, et il ne se rappelait pas avoir observé l'imbécillité ou la démence. On sait que les désordres intellectuels que l'on voit le plus souvent pendant la gestation, sont des monomanies bizarres, parfois criminelles, ou bien une mélancolie et des pressentiments fâcheux. Marie B*** a présenté une autre forme, plus grave et plus rare de dérangement des facultés intellectuelles. Par analogie j'avais jugé que cette forme, appartenant aux démences, ne guérirait pas par l'accouchement. L'événement a malheureusement justifié ce pronostic. En consultant les principaux auteurs qui ont publié des traités spéciaux sur l'aliénation mentale, je n'ai point trouvé d'observation semblable à la mienne; c'est ce qui m'a engagé à la publier.

Je dois à l'obligeance de M. Marchant, interne à la maison de Charenton, d'avoir pu analyser plusieurs observations qui ont été faites dans cet établissement, et qui avaient rapport à l'objet de cette note. Le nombre des cas d'aliénation mentale sur-

Digitized by Google

venue pendant la grossesse est bien petit, eu égard au nombre de femmes grosses. Il est bien peu considérable aussi, si on le compare au nombre des cas de folie qui se déclarent à la suite de couches. Sur 600 aliénées, 52 se trouvaient dans ce dernier cas.

Mme Th... (Registre de 1836, p. 12) avait été mariée à 20 ans. Pendant une grossesse qu'elle eut peu de temps après, elle fut tourmentée de pressentiments fâcheux, tomba dans une mélancolie profonde. En se préoccupant vivement de l'avenir de l'enfant qu'elle portait, elle était poussée par le désir de le tuer; cette idée augmentait encore sa mélancolie par la crainte qu'elle avait de succomber à cette affreuse impulsion. Mais les mêmes phénomènes se sont renouvelés pour trois enfants qu'elle eut après. Enfin, pendant une cinquième grossesse, ils ont duré quatre à cinq mois.

Mme R... (Registre de 1827, p. 235), âgée de 29 ans, hystérique, a eu trois grossesses sans accidents remarquables; pendant la quatrième grossesse elle montra beaucoup de turbulence et de loquacité. La folie remonte à cette époque, elle n'a pas été jugée par l'accouchement; même, trois mois après, l'aliénation augmenta d'une manière sensible, quoique elle eût nourri son enfant et que les règles se fussent rétablies.

Mme H... (Registre de 1839, p. 31), a eu un premier dérangement intellectuel à 19 ans, quinze jours après ses couches. Devenue grosse à l'âge de 26 ans, elle fut tourmentée pendant cette grossesse d'une monomanie suicide.

M. Esquirol (*Traité des affections mentales*, *Paris*, 1838, in-8°) cite le cas d'une jeune dame nerveuse qui eut un accès de manie la première nuit de ses noces et un second le premier jour de la conception. Il en a été de même à une seconde grossesse.

J'ai trouvé dans la dissertation inaugurale de M. Touzé (*De la folie pendant la grossesse considérée sous le point de vue médico-légal*, Paris, 1833, n° 313), le fait suivant : Une femme, un mois après avoir conçu, tomba dans des accès de fureur qui nécessitèrent sa réclusion à l'hospice général de Nantes. Cette femme extravaguait sur tout. Il était impossible d'obtenir d'elle aucune réponse juste aux questions qu'on lui adressait. Cette manie persista pendant les neuf mois de la grossesse. Attentivement surveillée, elle accoucha heureusement; elle parut alors plus calme et demanda avec instance qu'on lui confiât son enfant. On crut devoir céder à ses désirs, en s'entourant des précautions convenables; elle témoigna un vif plaisir de le recevoir dans ses bras, elle voulait l'allaiter, mais on ne crut pas devoir céder à sa prière. Quelque temps après, cette femme, parfaitement guérie, a été rendue à la société.

Samuel Ledelius a inséré dans les Ephémérides des) curieux de la nature (*Decurie* III, an IV, ob. XXVIII, le fait suivant :

« Honesti viri uxor quam obiens prægnantem reliquerat, sat atrocibus infestatur invasionibus melancholicis, quae ipsam minabantur amentiam, ni plane maniam. Ut admodum amarat maritum defunctum et jam dies, noctesque flebat, imo blasphemiis horrendis in summum Deum involabat, ob extinctum thalami socium. Admittebat interdum sanas rationes, alio tempore non...»

Tel est le petit nombre de faits que j'ai pu rassembler dans cette note, qu'il me semblerait téméraire de vouloir en tirer d'autre conclusion que celle de la nécessité de rassembler de nouveaux matériaux, pour décider les questions si importantes de l'influence de la grossesse comme cause de dérangement des facultés intellectuelles; de la fréquence relative de l'époque où survient ce dérangement de l'intelligence pendant la gestation; de la fréquence relative de la forme et de la marche de ces désordres; enfin du pronostic que le médecin peut porter et des moyens les plus favorables que le praticien pourra et devra mettre en usage pour rétablir la santé.

L'Expérience. — Mars 1840.

Rapport statistique sur l'asile de Bloomingdale; par le docteur J. Macdonald.

L'asile de Bloomingdale est un des plus anciens des Etats-Unis, et aussi l'un des plus vastes. Le rapport du docteur Macdonald ne remonte cependant pas au delà de 1821, époque où le bâtiment actuel fut consacré à recevoir les aliénés, et où l'établissement fut organisé à peu près sur le pied où il est encore aujourd'hui. Depuis cette époque jusqu'en 1836, 2,097 malades y ont été reçus, et c'est sur ce nombre que reposent les recherches statistiques de l'auteur, et dont plusieurs nous semblent propres à jeter quelque lumière sur l'aliénation, et surtout sur quelques-unes des circonstances dans lesquelles elle se développe. Nous allons indiquer sommairement quelques-uns des résultats les plus importants.

On s'est toujours beaucoup occupé des époques de l'année où les aliénés étaient reçus dans les asiles; bien que ce point ne nous paraisse avoir qu'une très-médiocre importance, puisque l'époque de l'entrée des malades dans les établissements d'aliénés est rarement celle du développement de leur aliénation, cependant les résultats obtenus par M. Macdonald sont trop d'accord avec ceux que M. Esquirol

Digitized by Google

a obtenus à Charenton en 1826-27-28, pour que nous ne les reproduisions pas ici.

	Asile de Bloomingdale.	Hospice de Charenton.
Janvier.	70	37
Février.	87	49
Mars.	106	53
Avril.	131	58
Mai.	136	44
Juin.	173	70
Juillet.	151	61
Août.	143	64
Septembre.	196	47
Octobre.	121	49
Novembre.	115	55
Décembre.	121	52

M. Macdonald, tout en tenant compte des causes étrangères à la maladie, qui peuvent faire que les aliénés affluent plutôt dans les établissements publics pendant l'été que pendant l'hiver, pense que la différence remarquable que présentent les chiffres précédents doit dépendre aussi de la plus grande activité des causes physiques et morales pendant l'été.

Sur les 2,087 aliénés, 1,346 étaient du sexe masculin, 691 du sexe féminin. L'auteur attribue cette différence considérable, en partie à l'intempérance, qui est une cause fréquente d'aliénation aux Etats-Unis, et plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et en partie à ce que dans les familles on consent plus difficilement à envoyer dans les établissements publics les femmes aliénées que les hommes frappés de la même maladie.

A l'occasion des causes physiques et morales de la folie, et où nous ne trouvons aucun document nouveau, l'auteur examine si cette maladie est plus fréquente dans le nouveau que dans l'ancien monde, comme on serait tenté de le croire, d'après les résultats obtenus dans quelques états de l'Union ; toutefois, après avoir accordé que l'activité donnée aux Etats-Unis à toutes les branches d'industrie, le rôle que chaque citoyen est appelé à jouer dans les affaires politiques, et l'importance que les Américains attachent à ces droits doivent agir aussi activement que dans aucun autre pays pour produire l'aliénation, il pense qu'on ne peut soumettre cette question à un examen approfondi par l'absence de matériaux convenables.

La Norwège est le seul pays de l'Europe où l'on ait obtenu des documents exacts sur le nombre des aliénés que contient le pays ; or on voit qu'il y a un aliéné pour 551 habitants, proportion bien plus forte que dans aucun des états de l'Union.

Dans l'examen des causes physiques et des causes morales, l'auteur pense qu'on n'a pas mis dans la désignation de ces dernières toute l'attention désirable ; on a souvent regardé comme la cause de la maladie ce qui selon lui n'en est qu'un effet. Ainsi le chagrin, le désappointement, l'ambition, les idées religieuses auxquelles on est toujours porté, parmi nous, à attribuer l'aliénation, n'en seraient le plus souvent que les effets. A Bloomingdale on aurait pris les plus grandes précautions pour éviter ces erreurs, et de là les grandes différences que l'on observe entre les résultats obtenus à cet asile et ceux recueillis à Charenton et à la Salpétrière.

Le chiffre total des guérisons sur les 2,097 cas a été de 44 pour 100 ; mais il résulte d'un tableau où le chiffre des guérisons est indiqué pour chaque année qu'il a été continuellement en s'améliorant depuis 1821, bien que dans une proportion très-lente.

Revue médicale. — Mars 1840.

Compte-rendu des accouchements de l'hospice de la maternité de Marseille pendant l'année scolaire de 1838-1839 ; par M. le docteur Villeneuve, professeur à l'école secondaire de médecine de cette ville.

Le nombre des accouchements qui, l'an dernier, était de 50 s'est élevé, cette année, à celui de 71. — 69 enfants ont présenté le vertex, 1 le pelvis et 1 l'épaule gauche. Sur ces 71 enfants, il y a eu 36 filles et 35 garçons. 6 filles enceintes sont sorties de l'établissement avant leur accouchement. Une autre fille, menacée d'avorter au quatrième mois de sa grossesse, a fait son avorton au moment de son entrée dans la salle d'accouchement ; il était du sexe masculin ; une femme ayant fait en ville deux avortons, 1 fille et 1 garçon, au cinquième mois de sa grossesse, est entrée à l'hospice pour y être délivrée. Ce qui élève le nombre des femmes reçues dans l'hospice à celui de 79. Parmi les 71 enfants viables, 8 sont nés-morts, 4 garçons et 4 filles ; ce qui réduit à 63 le nombre des enfants vivants.

Quatre opérations obstétriques ont été pratiquées dans le courant de l'année : deux versions et deux applications de forceps. La version a été faite une fois chez une femme entrée à la Maternité avec une procidence du cordon, le bassin étant rétréci, de manière à empêcher la tête de franchir l'orifice utérin. L'enfant extrait était déjà putréfié. La version a été pratiquée une autre fois pour une première position de l'épaule gauche.

Le forceps a été appliqué chez deux primipares dont l'une, entrée dans l'hospice après soixante-douze heures d'un travail pénible, présentait une résistance insurmontable des parties externes de la

Digitized by Google

génération, et l'autre avait un bassin de 3 pouces 1/4. Dans le premier cas, l'épiderme de l'enfant s'enlevait; dans le second, l'enfant, quoique faible, s'est bien porté depuis.

Un cas d'éclampsie a été observé pendant l'accouchement chez une fille âgée de 24 ans. Deux fortes saignées du bras ont enrayé les accès qui n'ont été qu'au nombre de quatre : trois pendant le travail et un beaucoup plus faible après la délivrance. Cette fille, qui était parvenue à cacher sa grossesse, était douée d'un tempérament si faible que le médecin qui la soignait se trompa sur son véritable état et crut devoir la traiter pour une maladie chlorotique. Elle est sortie en bonne santé, dix-huit jours après son accouchement. L'enfant était né mort.

Deux femmes ont succombé : l'une le 2 février, sans cause connue, dix jours après son accouchement, au milieu de la plus brillante santé à la suite d'une syncope prolongée. L'autopsie cadavérique n'a présenté aucune lésion appréciable. Il n'y avait d'autre particularité que la possibilité de faire pénétrer une aiguille de bas à travers le canal artériel. Cette femme était âgée de 30 ans. L'autre, parvenue au dernier degré d'épuisement à la suite d'une leucophlegmasie générale, est accouchée le 23 d'un enfant putréfié, et a succombé sept heures après son accouchement. La nécropsie n'a pas pu être faite.

Le 20 juillet dernier, une femme enceinte pour la septième fois avorte au cinquième mois de sa grossesse. Vingt-neuf heures après la rupture des membranes, expulsion d'un garçon présentant le vertex. Quarante-huit heures après, expulsion d'une fille présentant les fesses. On tente la délivrance; les cordons cassent. On détermine cette femme à entrer à la Maternité. Nous administrons le seigle ergoté par doses de 6 grains. La malade en prend deux paquets. L'utérus se contracte; les douleurs sont faibles. Il semble même que les fibres circulaires inférieures de cet organe se resserrent sous l'influence de l'action du seigle et s'opposent encore plus à l'expulsion des placentas. Je prescris alors des injections émollientes dans le vagin. On administre même un bain à la sortie duquel les deux placentas unis l'un à l'autre tombent du vagin.

Quoique l'on ne puisse nier certains succès dus à ce médicament, nous possédons cependant plusieurs faits qui, malgré la bonne qualité et la bonne administration du remède, ne nous ont pas donné les résultats que préconisent la plupart des accoucheurs. Souvent inutile, peut-être plus souvent nuisible, on attribue au seigle ergoté une action organique qui plus d'une fois est due à un changement avantageux dans la position du fœtus. Que de fois en effet un défaut de flexion de la tête arrête le travail? Que cette flexion s'opère, et que l'on donne le seigle ergoté dans ce moment; à lui la gloire d'avoir précipité l'accouchement. D'autres fois, une procidence de la main empêchera la tête de descendre; le travail se ralentit; des contractions utérines indépendantes de celles des muscles abdominaux feront descendre la tête au-dessous de la main que le toucher n'aura pas fait apprécier. On administre sur ces entrefaites le seigle ergoté. L'accouchement a lieu; c'est encore le seigle qui a opéré cette merveille. Mais qu'une femme soit bien conformée que la tête se présente bien, sans procidence d'une main; que l'inertie utérine soit due, comme chez toutes les primipares, à la résistance des parties molles; que l'on administre le seigle ergoté doué de toutes les qualités et dans les conditions voulues; que ce médicament n'opère aucune action et que l'on soit obligé d'appliquer le forceps, on ne parle pas de l'insuccès du seigle parce qu'il est convenu que quand il faut préconiser un médicament, un système, une méthode, il est très-rationnel de ne jamais parler des mécomptes. Quant à nous, nous en avons éprouvé et nous le disons. Nous croyons même être plus utile à la science en les signalant qu'en les taisant. Nous craignons même avoir quelquefois déterminé chez des enfants, par le seigle ergoté, une mort que la longueur du travail avait rendue imminente. Nous pensons que tel enfant né vivant avec asphyxie apoplectique ne serait pas mort quelque temps après si le seigle ergoté n'avait pas été administré avant l'accouchement.

En résumé, nous disons que ce médicament est inutile quand il n'agit pas, et qu'il est souvent nuisible quand il agit. Dans le premier cas, on conçoit très-bien que la vie de l'enfant ne sera nullement compromise si l'accouchement est facilité par un changement de rapports entre les diamètres céphaliques et pelviens ou par la soustraction naturelle de l'obstacle (procidence de la main) qui s'opposait à l'accouchement. Dans le second cas, son action est plus souvent nuisible qu'utile : 1° en retardant *quelquefois* l'accouchement; 2° en favorisant, en augmentant même l'asphyxie et l'apoplexie du fœtus.

1° *Son action retarde quelquefois l'accouchement.* Cette proposition doit paraître paradoxale aux partisans du seigle ergoté. Je m'attends même à soulever contre elle l'opinion de respectables confrères qui, selon moi, n'ont pas assez tenu compte des nombreux cas d'insuccès dans l'emploi de cette substance. En attendant que je puisse prouver, par l'exposition d'un certain nombre de faits détaillés que je possède, la proposition que j'avance, je dois me contenter aujourd'hui d'affirmer que j'ai plus d'une fois constaté cette action et l'observation de l'avortement de jumeaux que je viens de relater m'en a fourni un nouvel exemple. Ici l'action du seigle a fait contracter l'utérus. Mais, loin d'opérer des contractions expultrices, il a déterminé une véritable constriction plus énergique au segment inférieur

Digitized by Google

qu'au segment supérieur de l'utérus, de manière à mouler cet organe sur les placentas, et à resserrer de plus en plus les orifices interne et externe, de manière enfin à empêcher plutôt qu'à favoriser l'expulsion de ces gâteaux vasculaires. En d'autres termes, le seigle ergoté semble déterminer ou augmenter le spasme utérin. Ce phénomène, je l'ai observé plus souvent encore avant la parturition.

2° *Son action augmente l'asphyxie et l'apoplexie fœtales.* C'est une proposition qui, quoique fortement controversée par des hommes recommandables, a déjà été soutenue et prouvée. Quiconque connaît le mode d'action des contractions utérines sur la circulation placento-fœtale comprendra facilement que plus l'action du seigle sera énergique, plus seront grands les obstacles portés à cette circulation. Si M. Levacher, en 1834, a préconisé, pour le travail long et pénible de l'accouchement, le laudanum, tant usité chez les Anglais, et l'a présenté comme activant les contractions utérines, cet auteur a fourni des observations vraies, sans expliquer le mode d'action physiologique de ce médicament. Au lieu d'attribuer au laudanum la propriété d'exciter, de réveiller la contraction utérine, il eût été plus rationnel, selon moi, de dire que ce médicament, en ralentissant la contraction utérine, faisait passer cette contraction de l'état de permanence, qui suspend la contraction des muscles abdominaux, à l'état intermittent, qui est l'état normal, et qui, en réveillant, ou plutôt en permettant la contraction des muscles volontaires, donne lieu aux véritables douleurs expultrices. En sorte que le laudanum agirait ici d'une manière indirecte sur les muscles abdominaux, dont l'intervention contractile est nécessaire pour que l'accouchement s'effectue. On conçoit que pour obtenir ce résultat thérapeutique, il est important de ne pas élever la dose du laudanum, au point d'agir assez fortement sur le cerveau pour que l'engourdissement de ce centre de perception n'entraîne pas celui des muscles abdominaux.

Le principal effet du laudanum est donc de ramener à l'état physiologique la contraction utérine, en en diminuant l'intensité, en en supprimant la permanence.

Si tel est le mode d'action du laudanum, il est bien prouvé que la plupart des accoucheurs qui, comme M. Fouilhoux, ont écrit sur les propriétés du laudanum, ont confondu la constriction utérine avec l'inertie de cet organe. J'ose même dire que si des auteurs aussi recommandables que les Dugès et autres n'avaient pas consacré la dénomination d'*inertie par épuisement* à un état qui, loin d'être une inertie, est l'excès de la contraction, est une véritable constriction permanente, les praticiens n'auraient pas employé avec tant de profusion le seigle ergoté, substance que je crois, comme je l'ai déjà dit, plus souvent nuisible qu'utile.

On ne manquera pas de m'objecter que le seigle produit au moins le même effet et souvent un effet plus énergique que le laudanum, puisqu'il précipite le travail de l'accouchement. A cela je réponds 1° qu'un résultat identique peut être attribué à des causes différentes; 2° que le mode d'action du seigle n'est nullement comparable à celui du laudanum; que l'ergot du seigle, loin de ralentir comme le laudanum la contraction utérine, l'augmente, et que dans les cas même où il active l'accouchement, c'est par une surexcitation morbide. En effet, si les contractions des muscles abdominaux sont quelquefois éveillées par le seigle, c'est que, loin de faire cesser la constriction du corps utérin, cette substance a étendu son action sur la portion du plexus hypogastrique, qui se distribue à la partie inférieure de l'utérus; ce qui explique la contraction plus énergique du segment inférieur de cet organe. Le plexus hypogastrique ainsi excité transmet synergiquement cette excitation aux nerfs des muscles abdominaux, avec d'autant plus de facilité que ces deux sortes de nerfs participent les uns et les autres à la vie de relation. Les muscles obligés de se contracter réagissent sur le corps utérin qui, pressé par les parois abdominales, se débarrasse avec d'autant plus de facilité du produit de la conception que cet organe, dans son état de constriction permanente, n'a besoin que d'un faible secours d'expulsion pour vaincre la résistance des parties molles. Pour celui qui a observé les phénomènes de l'action du seigle dans l'accouchement et les a comparés avec ceux produits par le laudanum, il a été facile de distinguer la violence des angoisses inexprimables déterminées par le premier de ces médicaments d'avec les douleurs bien moins fatigantes que développe l'action du second.

Cette explication donnée par l'action de ces deux moyens thérapeutiques me semble d'ailleurs suffisante pour faire apprécier les propriétés généralement reconnues au seigle ergoté et aux préparations opiacées. Le seigle n'est-il pas en effet recommandé dans les hémorrhagies utérines, dans les leucorrhées même à cause de cette propriété particulière qu'on lui accorde de faire contracter, resserrer le tissu utérin? Oserait-on employer le laudanum dans ces mêmes circonstances? Ne serait-il pas à craindre au contraire que le laudanum n'augmentât l'hémorrhagie? Or, s'il est prouvé cependant que ces deux médicaments accélèrent dans beaucoup de cas l'accouchement, il est bien établi qu'ils agissent d'une manière différente (1).

---

(1) Nous n'avions pas connaissance des expériences ingé-

Digitized by Google

Il resterait à prouver peut-être, pour quelques esprits difficiles, que le seigle ergoté est rarement administré par les accoucheurs dans les cas de véritable inertie. C'est là une tâche facile. Je déclare d'abord avoir presque toujours vu employer le seigle pour des cas de résistance de l'orifice externe de l'utérus, ou des parties externes de la génération chez des primipares, ou bien pour un obstacle quelconque à la marche de l'accouchement chez des femmes déjà mères. Or, je ne balance pas à soutenir que ces cas n'appartiennent pas à l'inertie essentielle, à l'inertie primitive. On m'objectera avec raison que ces cas présentaient une véritable inertie consécutive; on me dira même que l'inertie, pour être consécutive, ne laisse pas d'être une vraie inertie, et on aura le droit de s'étayer de l'opinion des accoucheurs les plus distingués. C'est précisément aussi l'opinion que je cherche à renverser, et j'en appelle à ces mêmes auteurs pour prouver que la distinction faite d'abord par Dugès de l'inertie en inertie par torpeur et inertie par épuisement n'a été faite que pour faciliter l'intelligence de ce point de doctrine obstétrique, et que l'inertie, par épuisement, n'est pas rigoureusement une inertie.

Les auteurs qui se sont servis de cette distinction me fourniront eux-mêmes les preuves de mon assertion. Madame Lachapelle (tom. III, pag. 289 et suivantes), Dugès (*Manuel d'obstétrique*, 1826, p. 207), nous apprennent « que la prétendue inertie par épuisement se reconnaît par la tension, la dureté, la sensibilité et la chaleur du ventre, par la rigidité et souvent l'épaississement des bords de l'orifice, par la constriction permanente de l'utérus sur l'enfant dont la peau se tuméfie dans la partie qui circonscrit l'orifice, et sur la main de l'accoucheur qu'il fatigue, engourdit et rend incapable d'agir. » Dans l'inertie par torpeur, je vois des signes tout opposés : « absence de douleurs, de dureté et de tension dans l'abdomen et l'orifice utérin; pénétration libre de la main dans l'utérus ; liberté des mouvements du fœtus ; fort souvent intégrité des membranes. Ce sont là des différences trop grandes pour faire croire à un état d'inertie utérine dans ces deux cas. Il est évident que ces derniers signes appartiennent à la vraie inertie, et que les premiers sont l'expression d'un état de constriction permanente de l'utérus.

Ce qui, sans doute, a pu faire considérer ces deux états comme appartenant à l'inertie, c'est probablement l'absence de douleurs expultrices. Cependant dans l'inertie par épuisement, ces douleurs ont toujours précédé cet état, tandis que dans l'inertie par torpeur, il n'y a jamais eu que des douleurs insignifiantes. En un mot ce qui a pu faire donner le nom d'inertie à ces deux états si différents l'un de l'autre, c'est, sans contredit, l'absence totale de toute contraction des muscles volontaires de l'abdomen. Il existe encore une autre raison, c'est que l'inertie par épuisement a souvent été suivie des mêmes accidents (hémorrhagie) que l'inertie par torpeur. Mais que de fois des phénomènes identiques sont le résultat de causes différentes ! Aussi me semblerait-il plus rationnel de conserver le nom d'*inertie utérine* à l'inertie par torpeur et de donner celui de *constriction utérine* ou celui d'*inertie consécutive des muscles abdominaux* à la prétendue inertie par épuisement. La dénomination de *constriction utérine* me paraît pourtant préférable à celle d'*inertie consécutive des muscles*, parce qu'elle désigne l'essence de l'affection et qu'il est d'ailleurs, ce me semble, peu philosophique de donner une dénomination pathologique à des phénomènes essentiellement secondaires. En effet la contraction musculaire, quoique nécessaire dans l'acte de l'accouchement, est toujours consécutive à la contraction utérine. C'est un phénomène de la vie de relation dont l'énergie est en raison directe de l'état normal du travail de l'accouchement et dont la cessation ou la suspension est due à l'excès de contraction utérine. On dirait que cet état de constriction détourne la contraction des muscles abdominaux, pour augmenter celle de l'utérus, en anéantissant les rapports synergiques que le plexus hypogastrique semble établir sympathiquement avec les nerfs des muscles abdominaux, nerfs qui participent à la même vie de relation. Aussi de même, comme le dit l'illustre Bichat, que la torsion éveille la sensibilité animale dans des tissus qui, comme les ligaments, paraissent ne jouir que de la sensibilité organique insensible; de même le seigle ergoté, que je crois plus utile à l'inertie primitive ou par torpeur, doit faire passer, dans les cas plus fréquents de constriction permanente de l'utérus, doit faire passer, dis-je, la contraction organique insensible à l'état de contraction animale, et cela avec d'autant plus de facilité qu'il se rend dans l'utérus des nerfs spinaux. Seulement je crois avoir avancé avec raison que l'action synergique de l'utérus sur les muscles abdominaux par le seigle ergoté est essentiellement pathologique.

Les 75 femmes accouchées ont donné nais-

---

nieuses du docteur Corrado Taddei de Gravina (V. *Gaz. Méd.*, 20 décembre 1839), sur le seigle ergoté, lors de la lecture de notre compte rendu (16 octobre 1839). Que les conclusions qu'il en tire soient vraies ou fausses, il résulte de ces travaux que l'opinion sur l'action du seigle n'est pas encore irrévocablement fixée. *Adhuc sub judice lis est.* Aussi je ne balance pas de soumettre à l'appréciation des praticiens et de l'expérience ultérieure l'opinion que j'ai cru devoir admettre sur l'action de ce moyen thérapeutique.

Digitized by Google

sance à 74 enfants, dont 37 garçons et 37 filles.

69 femmes sont accouchées à terme et ont mis au monde 34 garçons et 35 filles. Deux femmes sont accouchées à huit mois, chacune d'un enfant mort; elles étaient primipares. Deux autres se sont blessées : l'une, à quatre mois de grossesse, a expulsé un garçon, et l'autre a donné deux avortons de cinq mois, une fille et un garçon. Il y a eu 24 primipares.

8 enfants sont mort-nés, dont 4 proviennent de primipares, une fille et 3 garçons. La fille a dû sa mort à la maladie de sa mère, qui a été atteinte d'éclampsie.

Les trois garçons sont morts à la suite d'un travail trop prolongée; l'un d'eux n'avait que huit mois de vie intra-utérine. Parmi les quatre autres enfants morts, il y a 3 filles et 1 garçon, et aucun de ces enfants n'a dû sa mort à la longueur du travail. Le garçon a succombé dans le sein de sa mère, qui n'a survécu que sept heures à son accouchement, à la suite d'une leucophlegmasie générale. Les trois filles ont présenté, l'une les pieds, l'autre l'épaule gauche, et la troisième une procidence du cordon, qui s'était effectuée en ville, la mère ayant un bassin de trois pouces un quart.

Sur les 74 enfants, 2 avortons mâles et 4 garçons mort-nés, un avorton femelle et 4 filles nées mortes réduisent le nombre des enfants vivants à 63, savoir 31 garçons et 32 filles,

Voici le tableau des positions du fœtus dans les 73 accouchements, qui ont produit 74 enfants :

52	premières positions . . .	70 vertex.
16	secondes, dont 7 troisièmes au début du travail . .	
1	troisième franche (fronto cotyloïdienne gauche). . .	
1	indéterminée	
1	quatrième des pieds. . .	2 pelvis.
1	indéterminée (avorton) . .	
1	première de l'épaule gauche.	1 épaule.
1	présentation indéterminée (avorton)	1 indéterminée.
74		74

Clinique des enfants malades.

Du 1er octobre 1838 jusqu'au 1er juillet 1839 :

310 enfants ont été admis dans l'hospice. Il faut ajouter
27 enfants nés dans la section d'accouchement. Le 1er octobre il en existait
38 à la section d'allaitement. Il y en avait
3 au biberon et
4 à l'infirmerie; ce qui, dans l'espace de neuf mois, fait un total de
—
382

Sur ce nombre il y a eu 121 morts, dont 92 nourris artificiellement par le biberon et 29 nourris à la mamelle. De là les proportions suivantes :

121	morts sur . . .	382 enf.	:: 1 : 3 19/121
92	morts nourris au biberon sur . .	382 »	:: 1 : 4 14/92
29	morts nourris à la mamelle sur. .	382 »	:: 1 : 13 5/29

L'an dernier, la moyenne des enfants morts était de 17 $^{1}/_{4}$ par mois. Elle a été de 13 $^{5}/_{9}$ cette année. L'allaitement artificiel fournissait un mort sur 2 $^{1}/_{3}$ enfants reçus en 1838; il n'y en a eu qu'un sur 4 $^{1}/_{6}$ en 1839. L'allaitement naturel donnait un mort sur 8 $^{1}/_{2}$ en 1838; c'a été un sur 13 $^{1}/_{6}$ en 1839.

Ces améliorations salutaires sont incontestablement dues à ce que des nourrices, ayant un lait jeune, ont été exclusivement destinées aux enfants de l'infirmerie. On ne saurait croire les merveilles qu'opérait sur ces pauvres enfants le lait récent de nourrice administré sous forme médicamenteuse. Il n'est qu'une manière péremptoire de répondre à ces assertions, que l'on pourrait croire hasardées.

Le ramollissement intestinal qui, l'an dernier, avait fait périr un enfant sur 3 1/2 n'en a fait mourir cette année qu'un sur 6 environ.

En 1838, l'entérite en a moissonné 1 sur 6 1/4, et en 1839, 1 sur 7 2/3.

Le muguet est demeuré à peu près dans les mêmes proportions : 1 sur 2 $^{13}/_{28}$ en 1838, et 1 sur 2 $^{22}/_{50}$ en 1839. Aussi cette dernière maladie s'est-elle présentée à nous sous toutes les formes; depuis l'érythème le plus léger des membranes buccale et pharyngo-œsophagienne jusqu'à la gangrène pulpeuse et à la destruction presque totale du canal œsophagien, tous les degrés ont été observés et recueillis. Nous devons à l'obligeance de M. Bande, interne de l'Hôtel-Dieu, des dessins sur cette affection que nous espérons mettre à profit dans un autre temps. Nous nous bornerons aujourd'hui à transcrire quelques observations qui nous ont paru dignes de quelque intérêt.

Obs. I. — Le 4 octobre 1838, une fille âgée de 12 jours, portant le n° 2385, est portée du biberon (1) dans la salle de l'infirmerie, ayant un muguet léger

(1) Le biberon est un lieu où les enfants sont nourris artificiellement.

Digitized by Google

depuis deux jours, rendant par le bas des matières vertes et liquides.

Le deuxième jour, le muguet devient confluent; la langue est épaissie par l'inflammation au point que l'enfant est obligé de tenir la bouche béante; les matières rendues sont jaunes, vertes et demi-liquides (bains cataplasmes sur l'abdomen, tisane de riz acidulée, collutoire émollient).

Le troisième jour, matières jaunes, peu liquides, muguet moins confluent; une couche de couenne épaisse s'est détachée de la surface de la langue (mêmes prescriptions).

Quatrième jour. Matières jaunes, demi-liquides, muqueuse buccale se dépouillant du muguet (mêmes prescriptions).

Cinquième jour. Chaleur faible, diarrhée jaune; météorisme du ventre (tisane de riz, collutoire acidulé).

Sixième jour. Ventre météorisé; chaleur faible; pourtour des lèvres bleuâtre; respiration gênée surtout dans son mouvement expiratoire; difficulté de la déglutition (tisane de riz; lavement de lait, deux fois; collutoire).

Morte le sixième jour, 10 octobre, à trois heures du *soir*.

Autopsie nécroscopique le 11, à neuf heures du matin, dix-huit heures après le décès.

Abdomen distendu par des gaz; écume sortant par le nez; sein gauche donnant par la pression une goutte d'eau laiteuse, et le sein droit une matière concrète.

Gros et petits intestins remplis de gaz. Rectum aplati et contracté. Muqueuse du gros intestin saine. Arborisation sous-péritonéale de l'intestin grêle. Rougeur vasculaire très-prononcée sur la muqueuse du *petit intestin* dans sa moitié inférieure et d'autant plus intense qu'elle se rapproche davantage du cœcum.

En soulevant le sternum, une traînée de pus phlegmoneux se remarque sur sa face médiastine. La surface externe du poumon gauche tapissée d'une légère couenne, et plutôt d'une couche purulente qui recouvre également la plèvre costale de ce côté qui est d'un rouge livide. Le sommet du poumon gauche est un peu froncé, *ratatiné*. Tous ses lobes sont pleins d'un sang noir. La substance du poumon a une couleur de rate sans en avoir la consistance. Tout ce poumon surnage; il n'y a qu'un petit fragment du sommet qui, jeté dans l'eau est revenu lentement à la surface.

Estomac distendu par une matière pultacée que nous avons cru d'abord être de la bouillie et qui n'était autre chose que de la tisane de riz épaissie et non digérée. Muqueuse saine, pointillée de rouge, un peu friable vers le cul-de-sac. Pourtour du cardia présentant une plaque circulaire, noire, grisâtre, *sphacelée*.

Œsophage sphacelé dans la partie inférieure de sa membrane muqueuse. Une plaque oblongue de même nature dans son milieu.

Cœur distendu par du sang noir; poumon droit sain. Foie d'une couleur naturelle, le cœur s'étant déjà vidé du sang qu'il contenait. Vésicule du fiel très-distendue par de la bile verte.

Obs. II. — Un garçon, portant le n° 2406, âgé de 13 jours, allaité par une nourrice, a été placé à la salle de l'infirmerie, le 21 octobre 1838, présentant les symptômes suivants : muguet jaune, diarrhée, chaleur faible, déglutition difficile et cris continuels (tisane de riz, lavement, bain, cataplasme sur l'abdomen, collutoire émollient).

Le 22, langue épaissie par l'inflammation; matières jaunes, liquides, rendues par les selles; chaleur faible aux mains; cris étouffés.

Le 23, troisième jour de l'entrée, muqueuse buccale rouge avec sécrétion blanche pointillée; matières d'un vert jaune, liquides (même prescription; lavement de lait).

Le 24, quatrième jour, mêmes symptômes, cri faible; abdomen météorisé, peau amincie (eau de gomme acidulée, lavement de lait).

Mort le 25, cinquième jour, à huit heures du matin.

Nécropsie faite à trois heures du soir, sept heures après la mort.

Abdomen. La paroi des gros intestins est plus épaisse que d'ordinaire; la muqueuse en est pâle, mais elle présente pourtant quelques points ardoisés au rectum, ainsi qu'au voisinage de la valvule iléo-cœcale. On remarque de plus sur sa surface quelques granulations peu apparentes. Les petits intestins présentent une infinité de plis transversaux très-prononcés sur la face péritonéale. La muqueuse en est très-pâle et ferme. Les glandes mésentériques très-pâles sont volumineuses et en grand nombre.

Estomac rempli et distendu par une grande quantité de matières caséeuses, d'une odeur acide. La muqueuse est d'un rouge légèrement foncé et nullement ramollie.

L'œsophage depuis sa partie moyenne jusqu'au cardia est boursouflé. Sa muqueuse mollasse ressemble à une *pulpe* grisâtre comparable à la pourriture d'hôpital. Cette altération est parfaitement circonscrite par un rebord de la muqueuse, semblable à un petit cordon. La partie supérieure d'une rougeur un peu foncée offre quelques points grisâtres.

Poumons très-sains.

Foie dans l'état normal. Vésicule du fiel flasque; bile jaune en petite quantité.

Obs. III. — Une fille ayant le n° 2769, âgée de 11 jours, a été transportée, le 22 juin 1839, de la salle du biberon dans celle de l'infirmerie. Muguet blanc, déglutition difficile, respiration gênée, diarrhée verte; tels sont les symptômes que cet enfant a pré-

Digitized by Google

sentés à son arrivée (prescription : quelques gouttes de lait trait, un bain, cataplasme sur le ventre, tisane de riz).

Troisième jour. Le muguet devenu plus confluent se détache par lambeaux (même prescription ; collutoire émollient et acidulé).

Quatrième jour. La muqueuse linguale dépouillée de muguet est d'un rouge vif ; les matières alvines sont d'un jaune ocre (même prescription).

Cinquième jour. Même état, même moyen.

Sixième jour. Sclérème, difficulté plus grande de respirer ; matières liquides d'une couleur jaune verdâtre.

Mort le 28 juin, septième jour de son entrée à l'infirmerie.

Autopsie cadavérique le 29, à dix heures du matin, vingt-quatre après la mort.

Habitude extérieure. Embonpoint ordinaire. Sclérème général. Cordon non tombé. Peau de couleur un peu vinacée.

Poitrine. Péricarde rouge, injecté et tapissé par du pus crémeux. Lobe inférieur du poumon droit gorgé de sang et présentant une surface couenneuse grisâtre, oblongue, correspondant au côté droit de l'œsophage. Cette portion du poumon contiguë à ce canal va au fond de l'eau. Il n'en est pas ainsi de la portion bien plus étendue du poumon gauche qui répondait à l'œsophage. Cette portion du poumon qui surnageait était tapissée d'une couenne purulente qui, par la destruction complète de ce canal, semblait former la paroi antérieure de cet organe. L'œsophage était donc détruit dans ses parois antérieure et latérale dans l'étendue de 2 pouces à son extrémité inférieure, sa longueur totale jusqu'à la glotte étant de 4 pouces. La continuité du canal ne tenait en arrière que par une largeur de 3 lignes. Son extrémité supérieure intacte présentait une rougeur vinacée et quelques petites ulcérations allongées. La muqueuse qui a disparu inférieurement est remplacée par un mucus grisâtre et diffluent. Un liquide de même couleur était répandu en petite quantité dans le médiastin postérieur. Le tissu cellulaire intermédiaire à l'aorte et à l'œsophage était tellement boursoufflé que nous avions pris ce boursoufflement pour le véritable œsophage. Ne soupçonnant pas encore, dans ce moment d'investigation, la destruction de ce canal, nous pensâmes d'abord que son absence dans ce point devait coïncider avec un vice de conformation qui établissait une communication de l'œsophage avec la trachée-artère. Mais le détachement de toute la longueur du canal depuis le pharynx jusqu'à l'estomac a rectifié notre erreur en nous montrant une altération pathologique extraordinaire à la place d'une déviation organique.

Rien d'extraordinaire dans l'abdomen. Nous n'avons remarqué qu'une injection veineuse assez prononcée et trois invaginations intestinales.

J'ai pensé que le seul exposé de ces trois faits me dispensait de tout commentaire sur leur importance. Je les crois assez rares pour mériter l'attention des praticiens et surtout des médecins des hôpitaux d'enfants malades. Extrait de 172 observations suivies d'autopsie cadavérique, ils donnent évidemment la preuve du plus haut degré auquel puisse arriver l'inflammation de l'œsophage. Cette inflammation, produit presque constant de l'allaitement artificiel, forme au moins les deux tiers de la mortalité des enfants soumis à ce mode d'alimentation, et complique toujours les autres maladies auxquelles ces enfants succombent.

A l'exception du seul fait de gangrène de l'œsophage, cité par Billard, je n'en connais pas d'autres semblables, et dont les ravages aient été aussi étendus que dans le cas de la troisième observation relatée plus haut. Cette fréquence et l'intensité de la maladie me paraissent devoir être attribuées, non pas seulement à l'allaitement artificiel, mais plus particulièrement à la négligence, aux soins peu intelligents que l'on porte à ce service, et surtout à la résistance opiniâtre et stupide que des préjugés surannés et meurtriers opposent aux conseils hygiéniques du médecin.

GAZETTE MÉDICALE. — Mars 1840.

Descente tardive du testicule gauche, prise pour une hernie étranglée ; opération ; gangrène du testicule ; extirpation de cet organe ; accidents divers ; guérison. — Observation recueillie par le Dr DELASIAUVE.

Tout le monde sait que pendant la plus grande partie de la vie intra-utérine les testicules sont situés dans le ventre. Suivant Astley Cooper, on les observe d'abord un peu au-dessous des reins, en rapport par leur face postérieure avec les plans musculaires de la région lombaire, et par leur face antérieure avec le péritoine, qui les recouvre comme les autres organes. De là ils cheminent progressivement vers l'ouverture supérieure de l'anneau inguinal, dont ils franchissent le trajet pour se rendre dans le scrotum vers la fin de la gestation, ou dans les premières semaines qui suivent la naissance. Cette règle souffre pourtant des exceptions ; les cas même n'en sont pas rares ; alors voici ce qui arrive : les testicules peuvent rester dans la cavité abdominale, y croître et s'y développer, tous deux ou l'un d'eux seulement. On cite entre autres l'exemple re-

Digitized by Google

marquable d'un homme qui, ayant les poches scrotales vides, en conçut un si vif chagrin qu'il se suicida, bien qu'il possédât à un assez haut degré la faculté virile. Je fus un jour consulté par un jeune conscrit qui n'avait point de testicule droit. Il fut réformé pour cette disposition. Un très-proche parent d'un de mes meilleurs amis le fut également pour la même cause. Mais le plus souvent le passage s'effectue dans un temps plus ou moins reculé. C'est ordinairement vers l'âge de douze à quinze ans à l'époque de la puberté, alors que les organes sexuels deviennent le siége d'un travail spécial, quoique cela ait eu lieu quelquefois beaucoup plus tôt ou même beaucoup plus tard, comme à deux ans, à sept, à vingt ans et davantage. Il n'est pas besoin d'insister sur les inconvénients d'un pareil retard; on comprend assez quels obstacles, après la puberté surtout, les testicules devront éprouver à traverser un canal dont la largeur est de jour en jour moins en proportion avec l'accroissement de leur volume. Aussi les accidents qui ne manquent presque jamais d'accompagner ces sortes de descentes tardives éveillent-ils bien vite l'attention des parents. Le diagnostic en paraît et en est effectivement d'une facilité extrême. Ne suffit-il pas d'explorer le scrotum? Les personnes qui soignent les enfants n'ont-elles pas dû être cent fois frappées de cette anomalie? Fréquemment néanmoins elle a été méconnue, non-seulement par des gens étrangers à l'art, mais aussi par les chirurgiens, ou inexpérimentés ou inattentifs, qui ont été consultés. Il n'est pas rare de voir prendre pour une hernie le testicule qui, tendant à s'engager, vient faire saillie à l'orifice de l'anneau. On cherche avec plus ou moins d'efforts à réduire ces tumeurs et à les maintenir réduites à l'aide de bandages. Il ne se passe guère d'années où, dans les hôpitaux, l'on n'ait occasion de constater quelques-unes de ces méprises. Pour ma part, j'ai été témoin de quatre. Il y a environ cinq ans qu'on m'amena un enfant de six à sept ans qui portait ainsi un bandage pour une prétendue hernie. Je vis le second à l'Hôtel-Dieu dans une des salles de Dupuytren. Les deux autres se présentèrent à la consultation qui suit la leçon clinique. Je regrette beaucoup de n'avoir d'autres données en ce moment que des souvenirs vagues. Ce que je me rappelle, c'est que ces derniers avaient de douze à dix-sept ans, que tous se plaignaient de ne pouvoir supporter les bandages, qui ne servaient qu'à aggraver leurs souffrances. Supprimer un moyen inutile et nuisible, abandonner la nature à elle-même, conseiller quelques bains, des topiques émollients pour modérer les douleurs et produire un peu de relâchement dans les parois du conduit inguinal, voilà ce qui fut fait. J'ignore ce que sont devenus ces jeunes sujets.

Dans le cas dont je vais rapporter l'histoire, l'erreur a eu d'autres conséquences. Non-seulement on a pris pour une hernie le testicule arrêté dans l'anneau, mais on a cru reconnaître dans les symptômes qui existaient des signes d'étranglement, et après de nombreuses et infructueuses tentatives pour réduire cette prétendue hernie étranglée, on en est venu à une grave opération. J'y assistais sans y participer autrement que par ma présence et l'aide que je pouvais apporter. Je hasardai pourtant une opinion contraire. On passa outre avec une légèreté et une inconvenance presque impardonnables.

R..., âgé de quinze ans et demi, d'une constitution délicate, ayant depuis longtemps une hernie inguinale au côté droit, aperçut une seconde tumeur dans l'aine du côté opposé. Cette tumeur, d'un volume médiocre, rentrait d'elle-même ou sous l'influence de la plus légère pression. Elle était extrêmement sensible quand elle était apparente, et quoiqu'elle cessât de l'être, la place en était constamment douloureuse. Dans l'espace de plusieurs mois elle apparut et disparut de la sorte à plusieurs reprises. On ne s'en inquiétait pas davantage. Déjà ce jeune homme avait une hernie du côté opposé qui ne lui causait point d'accidents; le père lui-même en portait deux : c'était héréditaire dans la famille; autant de motifs de se rassurer. Mais un jour enfin, le 24 novembre 183..., sans que le sujet eût fait aucun effort, la tumeur se manifesta de nouveau, cette fois plus grosse, plus dure, plus douloureuse. On la fit rentrer à grand'peine. Deux jours après elle ressortit, et alors nouveaux et graves accidents. Les douleurs locales sont vives, il s'y joint des coliques, des nausées, de l'insomnie. C'est inutilement qu'on tente encore des efforts de réduction. On mande un chirurgien. Point de doute qu'il n'ait affaire à une hernie, et à une hernie étranglée. Il exerce lui-même un taxis fort, prolongé et à plusieurs reprises sans pouvoir ébranler la tumeur; il remet au lendemain, conseillant plusieurs bains d'une heure et demie à deux heures, une position déclive du tronc, les jambes élevées, des lavements et topiques appropriés. Le lendemain et le surlendemain, mêmes efforts aussi infructueux, mêmes soins exactement continués. Cependant la tumeur augmente de volume; la peau, jusque là saine, se tend et devient rénitente; il y a de la chaleur, une excessive sensibilité, des bouffées nerveuses plutôt que de la fièvre. Enfin, le quatrième jour, de concert avec un praticien de la capitale, distingué à ce qu'il paraît dans l'art des accouchements, il se résout à pratiquer l'opération de la hernie séance tenante. Je fus invité à apporter les instruments et appareils dont ils manquaient, et à les assister. Je me rendis à l'invitation. Lorsque j'arrivai, le malade était encore au bain; le chirurgien, les bras nus, essayait toujours la réduction. L'accoucheur se promenait; il me raconta

Digitized by Google

succinctement les circonstances du fait soumis à leur observation. Selon eux, c'était une hernie étranglée, et cette hernie était crurale ! Toutefois, me voilà arrivé ! Vite dressons les tables, les matelas, préparons les instruments et opérons. La précipitation est telle qu'on ne se donne pas la peine de me montrer la tumeur, ni de savoir si j'approuvais les motifs d'une entreprise dont je courais risque aux yeux du public de partager la responsabilité. Qu'importe le manque d'égards? on ne voit rien, on n'entend rien : une seule chose préoccupe, une belle opération à faire! On jette le patient sur son lit pour une seule minute ; je me glisse presque furtivement auprès de lui pendant ce court intervalle, et voici ce qu'à la hâte je pus observer et apprendre. La tumeur affectait la direction du canal inguinal, dont elle dépassait de six lignes environ l'ouverture inférieure; elle était dure, chaude, volumineuse. Les douleurs étaient vives et irradiaient dans l'abdomen. La fièvre était nulle, le faciès point du tout altéré; le ventre mou et souple ; point de vomissements, et dans la nuit même une selle très-naturelle. J'eus lieu sans doute d'être surpris. Évidemment la hernie n'était point étranglée; elle n'était point crurale. J'en fis très-poliment l'observation. Mais quoi ! quelle présomption! quelle audace! Un jeune homme se mêler de contrôler l'opinion de deux vieux praticiens ! refuser de se rendre à l'autorité de M...., qui, comme célèbre accoucheur, a vu plus de cent hernies crurales..., qui les a opérées ! c'est incroyable ! J'eus beau protester que ces considérations, très-respectables assurément, n'étaient pas des raisons ; que l'autorité de M. Dupuytren lui-même, si imposante qu'elle fût, ne le dispensait point d'administrer les preuves de ses assertions, parce que *nihil affirmat sapiens quod non probet* : j'en fus exactement pour mes remontrances. Incontinent on se met en devoir d'opérer, sans même faire aucune remarque sur le manuel de l'opération. Probablement tout avait été prévu et calculé longtemps à l'avance. Voici, au surplus, comment les choses se passèrent. — Une incision longitudinale, comprenant la peau et le tissu cellulaire, fut dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans sur la partie moyenne de la tumeur dans le sens de son plus grand diamètre. Son étendue était environ de trois pouces. On divisa successivement les aponévroses superficielle, abdominale et transverse, et ce ne fut pas sans tâtonnements, sans hésitation, puisque l'on passa près d'une heure et demie à déchiqueter des parcelles de membrane et de graisse avant d'arriver à l'anneau.

Enfin la tumeur est à nu ; mais au lieu de l'arcade crurale, c'est, au grand étonnement des opérateurs, les bords de l'orifice inférieur du canal inguinal que l'on rencontre. Il était très-élargi, comme on le pense bien. On l'incise dans l'étendue de quelques lignes et on observe ceci ; une tumeur plus grosse qu'un œuf, ovale, allongée, terminée inférieurement en cul de sac, mobile, sans aucune adhérence et pouvant être aisément soulevée. La partie la plus basse de ce cul de sac dépasse l'anneau de plus d'un demi-pouce ; mais son extrémité, recourbée de bas en haut et en dehors, est retenue par les bords du pilier externe. En haut, la tumeur se continue avec une espèce de cordon recouvert d'une membrane lisse et qui plonge dans l'abdomen, après un court trajet, par l'ouverture interne du canal. Au point de jonction, ce cordon semble avoir subi plusieurs torsions, comme si la tumeur en descendant eût tourné sur elle-même. En arrière, elle correspond au plan musculaire abdominal et à la partie supérieure du pubis. Elle est dure, rénitente, d'un blanc mat, sillonnée de petits vaisseaux et non fortement arborisée, de manière que, malgré sa forme ronde, elle n'avait ni l'aspect, ni l'apparence d'une anse intestinale. D'ailleurs, il eût été difficile de prendre pour la continuation d'un intestin le cordon tortillé dont j'ai fait mention tout à l'heure. Nous étions donc dans un grand embarras; que résoudre? A quoi avions-nous affaire! On incise en dédolant et avec timidité les couches superficielles de la membrane assez épaisse qui revêt la tumeur, tantôt dans un point, tantôt dans un autre. Enfin on essaie de la réduire en cet état. Pendant ces efforts, de la sérosité s'écoule en assez grande abondance. La tumeur subit un retrait; on se persuade en avoir fait rentrer une partie ; on veut continuer, mais en vain. Elle avait néanmoins acquis de la flaccidité. En y portant la main, je m'aperçois que la tunique extérieure glissait sur un corps flottant librement dans sa cavité ; je conseille d'inciser la tunique, qui ne devait être que l'enveloppe de la tumeur elle-même. Cela fut fait, et quelle ne fut pas notre surprise en trouvant, au lieu d'un intestin, une tumeur dure, bosselée, rouge, affectant la disposition recourbée du cul de sac, longée en arrière et en dedans par un prolongement du cordon supérieur, qui venait s'insérer sur son flanc après avoir formé une anse, qui descendait de quelques lignes au-dessous d'elle. L'un dit que c'est une masse de chair ; l'autre, que c'est un rein. Aussitôt, éclairé comme d'un trait de lumière, je tâte la bourse gauche : le testicule y manque. C'était lui, en effet ; sa substance, l'épididyme, le cordon sont aisément reconnus. L'intestin plissé sur lui-même n'est autre que le cordon des vaisseaux spermatiques; le sac herniaire, c'est la tunique vaginale. Dans l'état où étaient les choses, il n'y avait pas d'autre parti à prendre que de faire l'ablation du testicule. C'est ce qui eut lieu. Les débris de la tunique vaginale indurés furent excisés jusque près de l'orifice supérieur de l'anneau. Le cordon fut lié, après toutefois l'avoir isolé du nerf, précau-

Digitized by Google

tion, selon moi, assez inutile. On le retint au dehors jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie, qui eut lieu sans être entravée par aucun accident, au bout de dix-sept ou dix-huit jours. Le sujet, quelques années après, fut exempté du service militaire; et aujourd'hui, après neuf ans, il se porte très-bien et jouit d'une bonne santé.

Le volume de l'organe était plus que doublé, son tissu rouge, livide, dans un état d'altération voisin de la gangrène; l'épididyme fortement engorgé présentait dans quelques points l'aspect squirrheux. Il est hors de doute que les manœuvres violentes et intempestives auxquelles on a eu recours ont dû contribuer pour beaucoup à ces altérations.

Cette observation présente plusieurs points intéressants à étudier : j'essaierai de les aborder succinctement. Le plus grave, sans doute, a trait à l'erreur de diagnostic. Il ne s'agit point ici de soulever la question douteuse de savoir si en définitive l'opération aura été profitable au malade; si, la première fois que le chirurgien fut appelé, l'état de cet organe permettait encore ou non sa conservation : un résultat heureux ne peut en principe justifier une conduite téméraire. Trop souvent le désir de briller *nous entraîne* et l'amour-propre nous empêche de rétrograder quand nous sommes engagés dans une mauvaise voie. Un intérêt qui passe avant celui de notre réputation et de notre fortune, c'est celui de la santé et de la vie des malades. C'est un orgueil déplacé de croire à l'infaillibilité de ce fameux coup-d'œil médical si vanté! L'examen approfondi et raisonné des symptômes peut seul conduire à la connaissance précise d'une maladie. Il est évident qu'en procédant ainsi, on eût évité dans cette circonstance la faute qu'on a commise. On eût reconnu, par exemple, que la tumeur était inguinale et non crurale à sa direction de haut en bas et de dehors en dedans, au plan plus élevé et plus interne où elle était située, à sa forme allongée, à la rareté des hernies crurales chez l'homme; en supposant que ce fût une hernie, on aurait écarté l'idée d'étranglement, puisqu'il n'y avait point eu de vomissements de matières fécales ou autres, que la nuit même était survenue une évacuation naturelle, qu'en remplacement de l'anxiété et de la petitesse du pouls il n'y avait que de vives souffrances, qu'au lieu de diminuer, comme cela a lieu dans les hernies étranglées, ces souffrances augmentaient de plus en plus, qu'enfin le ventre n'était point ballonné. Or, les signes de la hernie même ordinaire manquant, on se serait nullement demandé s'il s'agissait bien d'une hernie. Alors, procédant par voie d'exclusion, le diagnostic n'eût pas été longtemps douteux. L'absence du testicule dans la poche scrotale eût d'abord établi une forte présomption. Et bientôt cette présomption serait devenue certitude en présence des considérations suivantes : ainsi l'âge du malade, la manière dont s'était manifestée sa tumeur qui ne reconnaissait pas pour cause un effort, qui était devenue grave sans cause appréciable, qui était douloureuse même quand on ne la voyait plus, et enfin le manque absolu des accidents qui décèlent les hernies dans chacune de ses récidives. J'en ai dit assez pour faire comprendre qu'il ne pouvait y avoir coïncidence avec une hernie. L'examen du cordon testiculaire l'a d'ailleurs démontré suffisamment. La coexistence d'une hernie à droite, la disposition héréditaire aux hernies ont sans doute induit à le croire. Cela en effet a été observé quelquefois; on a conseillé dans ces cas de ne point porter de bandages pour éviter la compression du testicule.

Je me bornerai à appeler l'attention des anatomistes sur le tortillement du cordon et sur la flexion de l'extrémité antérieure de l'organe retenu par le bord du pilier externe. La manière dont le cordon s'insère sur l'épididyme et les entraves apportées ici à sa descente sont probablement la cause de la disposition que je viens de signaler. Lorsque, dans les efforts pour réduire la tumeur en masse, la sérosité s'écoula en assez grande abondance, on crut qu'elle venait du ventre. Elle sortait évidemment de la tunique vaginale. Quand le testicule est ainsi soumis à une gêne prolongée ou à de fortes pressions, on sait qu'il se forme presque toujours une hydrocèle, ce qui contribue encore à accroître le volume de la tumeur. Je n'ai point songé, et peut-être au milieu des désordres produits par une dissection si peu précise, je n'aurais pu réussir à constater l'endroit où la tunique vaginale a dû être ouverte. En ce qui touche le manuel de l'opération, ai-je besoin de rappeler que si les plus célèbres praticiens ont coutume de se recueillir, avant d'en faire une de quelque importance, cela est d'une nécessité impérieuse pour celui qui n'a que de rares occasions d'exercer son talent chirurgical. Sans cela la tête se trouble, la main tremble, on est arrêté par les moindres obstacles. De là la longueur et les dangers; c'est à cette seule cause qu'on peut attribuer ici l'embarras du chirurgien et la fatigue d'une opération qui a duré plus de deux heures. La réflexion au contraire donne de la sûreté et de la hardiesse, et le malade tire un grand profit de votre marche plus assurée.

Maintenant, que serait-il advenu, si, le cas tout d'abord exactement compris, on eût abandonné la nature à ses propres efforts? Voilà sans contredit une question très-importante à examiner. Malheureusement, il faut le dire, la science fournit peu de lumière à cet égard; la plupart des traités de chirurgie, celui de Boyer spécialement, ne font pas même mention de cet accident. Les autres n'en parlent qu'indirectement, sans y consacrer un article à part. On s'accorde seulement à dire que le dia-

Digitized by Google

gnostic est facile et qu'il faut éviter les compressions ou les chocs auxquels le testicule se trouve là particulièrement exposé. Ce silence universel est, ce me semble, un indice assez certain que dans la très-grande majorité des cas, la descente du testicule s'opère naturellement et sans trop de souffrances. Par conséquent, il est plus que probable qu'en ne faisant rien chez ce sujet, ou en se bornant, comme cela a toujours été prescrit et doit toujours l'être, à des bains, à des topiques émollients, à des calmants intérieurs et extérieurs, l'organe aurait fini à la longue ou même dans un temps plus ou moins court par franchir tous les obstacles. Cependant, on conçoit à la rigueur qu'il en puisse être autrement et que le testicule soumis, dans l'anneau qui lui oppose une trop vive résistance, à une pression inaccoutumée et à l'influence des causes extérieures, s'irrite, s'enflamme, se gonfle, dégénère et devienne la source de phénomènes plus ou moins inquiétants. On trouve dans la *Gazette médicale*, année 1827, page 263, le précis d'une observation insérée avec détail dans le journal de la *Section de médecine*, de la société académique (Loire-Inférieure), qui paraît confirmer cette prévision : « Jean Fontan, sous-officier, âgé de 40 ans, présentait à l'aine une énorme » tumeur squirrheuse sans changement de couleur » à la peau, située au-dessus du ligament de Poupart, ayant son grand diamètre parallèle à ce ligament. Elle était formée par le testicule engagé et » retenu dans l'anneau, et ne s'était accrue que » progressivement. M. Gama oncle, chirurgien du » Val-de-Grâce, l'enleva après avoir préalablement » lié le cordon testiculaire non induré : le malade » guérit. » On ne dit point si dans l'origine l'individu avait porté un bandage. Le fait suivant, consigné dans les *Archives générales de médecine*, tome 13, année 1827, page 429, a la plus grande analogie avec le précédent : « Etienne Wolf, de » Seckenheim, âgé de 20 ans, bien constitué, ayant » dès l'âge de 5 ans, et par le conseil d'un médecin, » porté un bandage qu'il avait supprimé depuis, sur » l'avis d'un autre, est opéré à Heidelberg, le 20 » décembre 1825, par M. Nœgèle, d'une tumeur » cancéreuse dans une des aines. Cette tumeur était » formée par le testicule arrêté en cet endroit et » complétement dégénéré ; la cicatrisation fut d'abord entravée par quelques accidents et finit pourtant par se faire. Mais la maladie récidiva, par le » cordon, si mes notes ne me font pas défaut. » Ces deux cas, les seuls que j'aie pu rencontrer dans mes recherches, ne prouvent pas plus que le mien que la descente tardive des testicules puisse être dangereuse par elle-même, puisque dans l'un de ces cas on constata l'intervention d'une cause mécanique, l'usage du bandage, et que dans l'autre elle peut avoir également existé, quoiqu'on n'en fasse pas mention. Les indications sont donc positives pour les cas de cette nature, et je n'ai pas besoin de les énumérer de nouveau. Mais si, malgré des soins appropriés, le passage du testicule était lent, trop douloureux, accompagné de graves accidents, en faisant prévoir de plus graves encore, devrait-on rester spectateur impuissant ? N'y aurait il pas quelque chose à faire ? Ne pourrait-on pas, par exemple, afin de le faciliter, opérer le débridement de l'anneau dans un ou plusieurs points. Cette question sort évidemment des limites de ma compétence, je laisse aux maîtres de l'art le soin de la décider ! Trop heureux si l'observation qu'on vient de lire peut servir d'indication pour remplir une lacune qui me paraît exister dans les ouvrages de chirurgie !

REVUE MÉDICALE. — Mars 1840.

VARIÉTÉS.

Note sur la transformation du calomel en sublimé corrosif; par M. MIALHE.

Le point de départ de mes recherches est le fait suivant rapporté par Vogel. Un médecin ayant prescrit pour un enfant douze paquets contenant chacun cinq grains de sel ammoniac, cinq grains de sucre et un grain et demi de calomel, et l'enfant étant mort après avoir pris plusieurs de ces poudres, le pharmacien fut accusé d'avoir commis une erreur dans l'exécution de l'ordonnance. Par bonheur pour notre collègue, l'accusation qui pesait sur lui fut de courte durée, Peten-Koffer n'ayant pas tardé à démontrer qu'en présence du sel ammoniac et de l'eau, le calomel se change en partie en sublimé corrosif. Ce fait, que j'ai rapporté dans ma thèse d'agrégation, après en avoir constaté l'exactitude, m'a toujours paru fort remarquable et tout à fait digne de fixer l'attention des médecins et des physiologistes. Il n'en serait point ainsi, si l'assertion d'un des chimistes les plus distingués de notre école était fondée. Ce professeur assure avoir constaté, par la voie de l'expérimentation, que la transformation chimique du proto-chlorure de mercure en deuto-chlorure n'a pas lieu dans les circonstances relatées par le chimiste allemand. Je ne chercherai point à démontrer quelle a pu être la source de l'erreur dans laquelle me semble être tombé notre savant collègue ; je me contenterai pour le moment de publier ici les conclusions qui découlent de mes expériences.

1° Le proto-chlorure de mercure, en présence

Digitized by Google

du chlor-hydrate d'ammoniaque, ou des chlorures de sodium et de potassium, et de l'eau distillée pure, se transforme en partie en deuto-chlorure de mercure en mercure métallique. Cette transformation a lieu à la température du corps humain, et même à la température ordinaire, et ne demande que quelques instants de contact pour être effectuée. Il suffit, par exemple, pour se convaincre de cette vérité, de laisser séjourner du calomel quelques minutes dans la bouche; une saveur mercurielle assez intense ne tarde pas à se faire sentir : cette saveur est le fruit de la réaction mutuelle du chlorure mercureux et des chlorures alcalins contenus dans la salive.

2° C'est à la transformation du calomel en sublimé corrosif et en mercure métallique, sous l'influence des sels marin et ammoniac, que l'on sait exister dans les liquides du tube digestif, qu'il faut attribuer les phénomènes pathologiques de la salivation mercurielle lors de l'ingestion du calomel. Ce qui prouve qu'il en est réellement ainsi, c'est qu'il est d'observation clinique que, lorsque le proto-chlorure de mercure ne purge pas, mais qu'il est longtemps toléré par les voies digestives, il excite, en ce cas, *une excrétion* anormale des glandes salivaires, et cela parce qu'une plus grande quantité de sublimé prend alors naissance. Le même phénomène arrive aussi lorsque l'on continue longtemps l'usage du proto-chlorure de mercure, et par la même cause.

3° Comme il ne peut jamais se former qu'une quantité de sublimé correspondante à la quantité de chlorures alcalins que renferment nos viscères, les grands mangeurs de sel de cuisine, toutes choses étant égales d'ailleurs, doivent être plus sujets à *saliver sous* l'influence d'une médication *calomélique*.

4° Les propriétés antisyphilitiques du calomel lui sont probablement communiquées, en tout ou en partie, par le sublimé et le mercure auxquels sa décomposition chimique donne naissance. Il en est sans doute de même de ses vertus anthelmintiques; c'est en produisant l'empoisonnement des ascarides par les deux agents précités, que le chlorure mercureux nous débarrasse de ces hôtes importuns.

5° Tout ce qui vient d'être dit sur l'action médicale du calomel peut être appliqué au proto-iodure de mercure, lequel, dans les mêmes circonstances, se transforme en deuto-iodure.

JOURNAL DE PHARMACIE.—Janvier 1840.

—

Analyse des sécrétions pathologiques en général; par le docteur MARCHAND.

L'auteur expose brièvement les résultats des analyses qu'il a faites des matières des sécrétions pathologiques. Les éléments organiques, dit-il, sont toujours les mêmes, si une influence externe accidentelle n'a pas causé de variation. Le fer se trouve partout, mais nulle part le cuivre, le mangan ni le titan. Cette dernière substance ne se trouve pas non plus dans le sang, ainsi qu'on l'avait affirmé. L'ammoniaque est toujours présente, la potasse est moins fréquente que la soude. L'acide phosphorique se présente souvent en assez grande quantité; des traces de l'acide fluorique furent observées deux fois seulement, dans une ascite et dans un cas d'hydropisie de l'ovaire. L'acide lactique se voit toujours en combinaison avec les bases; il paraît que sa formation dans l'organisme est primaire. Il est bien entendu qu'il n'y a pas de règle pour la quantité de ces parties constituantes, et que les sécrétions des urines et de la sueur ont la plus grande influence.

Beaucoup plus difficile est l'analyse des éléments organiques. Ils sont constants, mais très-variables pour la quantité. L'auteur trouve dans la sérosité ascitique 1/2 jusqu'à 14 0/0 d'albumine; si cette substance est assez considérable pour atteindre ce dernier chiffre, ce qui au reste est très-rare, elle enveloppe tellement toutes les autres substances que leur analyse devient très-difficile. Les nombres qui en général déjà sont peu certains, deviennent alors encore plus douteux. L'albumine possède une propriété particulière d'envelopper, de cacher la présence des matières grasses, colorantes, de l'urée, etc.

L'auteur n'a *jamais* trouvé de la fibrine dans les sécrétions pathologiques.

Parmi les éléments constants et indubitables se trouvent les différentes matières grasses. L'auteur a constaté les expériences de M. Couerbe sur le cerveau; il a trouvé les mêmes matières dans la moelle épinière. La plupart de ces graisses ne sont pas très-répandues, mais on a trouvé des graisses phosphoriques dans le fongus médullaire. La cholestérine s'offre plus souvent. M. Marchand l'a trouvée dans des calculs biliaires différents, dans la bile du bœuf, dans le cerveau humain, dans un fongus médullaire, une hydrocèle et un hydrocéphale. La salivine est très-rare, les matières colorantes très-fréquentes.

L'auteur ajoute qu'il a fait en même temps des recherches sur la combinaison du sublimé et de l'albumine; il croit qu'elle ne contient ni du calomel, ni du sublimé, mais de l'oxyde de mercure, ce qui explique la présence de l'acide libre.

JOURNAL DE PHARMACIE. — Mars 1840.

Digitized by Google

Extrait du rapport adressé à M. le préfet de police, sur les faits de morve du cheval communiquée à l'homme.

Ce rapport, signé par MM. Pariset, Juge, Emery, Guérard et Huzard rapporteur, a été approuvé par le conseil de salubrité dans sa séance du 8 novembre 1839.

La commission après avoir rappelé les faits relatifs à la transmission de la morve du cheval au cheval, et du cheval à l'homme, et après avoir exposé les opinions des vétérinaires sur cette grave question, a terminé son rapport en proposant les mesures suivantes :

Par rapport aux palefreniers.

Art. 1er. Il est défendu à qui que ce soit de coucher ou de faire coucher des palefreniers dans les écuries où il se trouverait des chevaux seulement suspectés de morve. Il est défendu même de coucher et de faire coucher des palefreniers dans des écuries servant d'infirmeries de chevaux, et même dans tout local servant à loger des animaux malades, de quelque espèce qu'ils soient.

Art. 2. Les personnes qui seraient exceptionnellement autorisées à traiter des chevaux morveux ou suspectés de morve, ou qui auraient des infirmeries vétérinaires et qui voudraient faire surveiller leurs animaux pendant la nuit, devront faire établir la chambre du gardien de manière qu'elle ne communique point dans l'écurie et que la surveillance s'exerce au moyen d'un châssis vitré.

Par rapport aux chevaux morveux, farcineux ou seulement suspectés de morve.

Art. 3. Toute personne qui aurait en sa possession des chevaux, ânes ou mulets atteints ou suspectés de morve ou de farcin, sera tenue d'en faire sur le champ sa déclaration, dans les communes rurales du ressort de la préfecture de police, devant le maire, et, à Paris, devant un commissaire de police.

Art. 4. Il est défendu de vendre et d'exposer en vente, dans les marchés et partout ailleurs, des chevaux, ânes et mulets atteints ou seulement suspectés de morve ou de farcin. Il est également défendu d'employer à un service quelconque et même de conduire sur la voie publique les animaux qui se trouveront dans ce cas.

Art. 5. Il sera fait de fréquentes visites par un vétérinaire ou par tout autre préposé à cet effet, soit dans les marchés, soit sur les places affectées au stationnement des voitures de place et sur tous autres points de la voie publique, à l'effet de rechercher les animaux présentant des signes de morve ou de farcin.

Art. 6. Les animaux qui seront dans le cas des articles précédents, seront, à Paris, conduits dans une fourrière destinée à les recevoir, et, dans les communes rurales, conduits dans une fourrière semblable, s'il y en a une, ou consignés chez le propriétaire, s'il est habitant de la commune, ou consignés dans tel endroit que le maire jugera convenable, si le propriétaire de l'animal n'est pas un habitant de cette commune.

L'animal, dans le plus court délai possible, sera visité par un vétérinaire désigné par l'autorité.

Art. 7. Si l'animal est reconnu sain par le vétérinaire commis par l'autorité, il sera rendu au propriétaire.

Art. 8. Si le cheval est reconnu morveux ou farcineux incurable par le vétérinaire, et si le propriétaire consent à ce que l'animal soit abattu ; il sera marqué d'un *M* fait au ciseau dans le poil de la croupe, pour être livré sans délai à l'équarrisseur. Il sera dressé de la visite un procès-verbal qui contiendra le consentement de l'abatage.

L'abatage devra avoir lieu en présence du vétérinaire ou de tout autre préposé de l'administration, qui en rendra compte au préfet.

Art. 9. Si le propriétaire ne consent pas à l'abatage, il nommera un vétérinaire breveté des écoles pour visiter l'animal d'une manière contradictoire : en cas de dissidence il sera nommé un tiers expert par l'autorité, qui, sur le rapport de ce tiers expert, statuera ce qu'il appartiendra.

Art. 10. Si, après la visite du tiers expert, l'animal est déclaré morveux ou farcineux incurable, il sera abattu comme il est dit à l'article 8.

Toutefois le propriétaire pourra à ses frais, faire conduire l'animal à l'École d'Alfort, pour y être traité si l'École juge devoir essayer un traitement, sinon l'animal sera abattu immédiatement dans la dite École ou livré à son équarrisseur.

Art. 11. Si l'animal est déclaré, par le vétérinaire de l'administration ou par le tiers expert vétérinaire, seulement *suspect de morve ou atteint de farcin dont la guérison est encore à espérer*, il sera loisible au propriétaire de le faire traiter, soit à l'Ecole Royale d'Alfort, soit dans sa propre écurie ; mais dans ce dernier cas, aux conditions suivantes :

L'animal sera marqué d'un signe représentant une équerre tracée au pinceau dans le poil, au défaut de l'épaule gauche.

L'écurie où devra être placé le cheval en traitement, non-seulement sera isolée de manière qu'elle ne puisse présenter de danger de contagion pour les animaux bien portants, mais encore elle devra

Digitized by Google

être très-saine et suffisamment large pour que le traitement et le pansement soient faciles; elle ne devra même contenir aucun autre cheval ou animal quelconque.

Cette écurie sera désignée au vétérinaire de l'administration, et l'animal ne pourra y être placé que sur l'avis de ce vétérinaire et d'après la permission de l'autorité. Jusqu'à ce moment l'animal restera dans la fourrière destinée aux animaux suspects de morve.

L'animal en traitement ne pourra plus ni travailler ni même être promené sur la voie publique ou dans tout autre lieu où il pourrait se trouver en contact avec des animaux sains.

Enfin il devra toujours être soumis aux visites des préposés de l'administration.

S'il paraissait guéri, le propriétaire en ferait la déclaration à l'autorité qui, sur une nouvelle visite du vétérinaire commis par elle, donnera ou refusera l'autorisation de s'en servir aux travaux ordinaires.

Art. 12. Lorsque le cheval suspecté de morve aura été arrêté loin de la demeure du maître, et lorsque celui-ci fera traiter l'animal soit chez lui, soit à l'Ecole d'Alfort, l'autorité désignera la route que le cheval devra suivre, les lieux où il devra stationner si la route est trop longue pour être parcourue en une seule marche; le propriétaire devra se conformer strictement à ces prescriptions; il ne devra surtout pas faire passer la nuit à l'animal dans tout local servant à des chevaux sains.

Toutes les fois que l'autorité le jugera convenable, elle fera accompagner l'animal suspect par un préposé, et ce aux frais du propriétaire.

Enfin, si celui-ci habite une autre commune que celle où l'arrestation aura été opérée, l'autorité qui aura fait l'arrestation préviendra aussitôt de tout ce qui se sera passé, le maire de la commune du propriétaire.

Art. 13. Des visites par un vétérinaire commis par l'autorité, seront faites de temps en temps dans les écuries des entrepreneurs de diligences, de messageries, des aubergistes, des voituriers, des rouliers, maîtres de poste, loueurs de voitures et marchands de chevaux.

Toutes les fois qu'il sera nécessaire, l'expert vétérinaire sera accompagné dans ces visites par le maire de la commune ou par le commissaire de police.

Il sera procédé à l'égard des chevaux malades dans ces établissements, comme il est dit aux articles 8, 9, 10 et 11.

Art. 14. Faute, par le propriétaire qui aurait des animaux dans le cas de l'article 11, de vouloir ou de pouvoir se conformer aux prescriptions de cet article, les animaux suspectés de morve ou farcineux seront conduits à la fourrière destinée à recevoir ces animaux.

Le propriétaire sera tenu de consigner le montant des frais de nourriture pour huit jours, sauf la restitution d'une partie de ces frais, si l'animal était abattu ou rendu avant l'expiration de la huitaine.

Si le propriétaire se refusait à faire cette consignation, l'animal serait abattu.

Art. 15. Les écuries et les autres localités dans lesquelles auront séjourné les animaux morveux, farcineux ou seulement suspectés de morve, seront aérées et purifiées à la diligence des maires et des commissaires de police, par les soins des personnes de l'art.

Ces écuries ne pourront être occupées par d'autres animaux qu'après qu'il aura été constaté, en présence d'un expert vétérinaire que les causes d'infection n'existent plus.

Ces dispositions sont également applicables aux équipages, harnais et colliers.

Dispositions générales.

Art. 16. La présente ordonnance sera affichée dans les écuries des entrepreneurs de diligences, de messageries, des aubergistes, des voituriers, des rouliers, maîtres de poste, loueurs de voitures, marchands de chevaux et dans toutes les infirmeries vétérinaires.

L'Expérience. — Mars 1840.

Formule de la poudre de Carignan, telle qu'elle a été donnée à MM. Piat et Deyeux; par Mme la princesse de Carignan.

Poudre de Guttète.	250	grammes.
Ambre jaune porphyrisé. .	375	—
Corail rouge.	125	—
Terre sigillée.	125	—
Cinnabre.	12	—
Kermès minéral.	12	—
Noir d'ivoire.	12	—

Mêlez selon l'art et divisez en prises de 10 centigrammes.

Journal de Pharmacie. — Mars 1840.

—

Digitized by Google

Observations et expériences sur la manière dont agissent plusieurs poisons sur l'économie animale; par M. J. Blak.

L'auteur se propose, dans ce mémoire, de combattre l'opinion des physiologistes qui pensent que quelques poisons agissent directement sur le système nerveux et sans l'intermédiaire de la grande circulation. La principale raison sur laquelle ils appuient cette opinion, c'est que les effets du poison se manifestent avec tant de rapidité, d'une manière si instantanée; il se passe, selon eux, si peu de temps entre le moment où le poison est mis en contact avec le corps et ses effets, que l'on ne peut admettre qu'il ait eu le temps de traverser la circulation pour agir ensuite sur toute l'économie. De là, la nécessité d'expliquer cette transmission si instantanée par l'intermédiaire du système nerveux qui transmet avec tant de rapidité les sensations des membres au cerveau, et l'influx cérébral du cerveau aux membres. M. Blak établit deux séries d'expériences sur cette question; les unes destinées à apprécier aussi exactement que possible la rapidité de la circulation; les autres à démontrer que sans la circulation les poisons les plus actifs perdent presque toute leur énergie.

1° Comme le résultat des expériences de la première série diffère un peu de ce qui est généralement admis, nous allons analyser quelques-unes des expériences de cette série.

1re *Exp.* — Un gros d'ammoniaque très-fort est injecté avec cinq gros d'eau dans la veine d'un chien: pendant ce temps on tenait tout auprès et au-dessous de ses narines une baguette de verre qu'on venait de plonger dans de l'acide hydrochlorique très-fort. A peine quatre secondes s'étaient écoulées depuis l'introduction de la première goutte de la solution d'ammoniaque dans les veines, que déjà on reconnaissait la présence de l'ammoniaque dans l'air expiré par les vapeurs blanches abondantes qui se dégageaient autour du ballon de verre imbibé d'acide hydrochlorique. En quatre secondes, l'ammoniaque avait donc passé de la veine jugulaire dans les cavités droites du cœur, et de là dans les capillaires pulmonaires, et enfin, traversé toute l'étendue des voies aériennes des poumons.

2e *Exp.*—Elle repose sur la propriété que possède la soude, ainsi que ses sels, d'arrêter la circulation capillaire dans les poumons, et conséquemment de diminuer immédiatement la force du pouls. 15 grains de soude dissous dans 6 gros d'eau sont injectés dans la veine jugulaire d'un chien. Six secondes après l'introduction de la première partie de l'injection la pression exercée par le système artériel était déjà diminuée, et le mercure de l'hémadynamomètre tomba rapidement à zéro, bien que le cœur continuât encore de battre.

3e *Exp.*—Elle repose sur la propriété qu'ont certaines substances de paralyser l'action du cœur lorsqu'elles viennent en contact avec cet organe. Cette expérience, faite avec l'*upas antiar,* l'arsenic, l'acide oxalique, l'infusion de tabac injectés en solution dans les veines a arrêté les mouvements du cœur dans l'espace de sept à quatorze secondes.

2° La seconde série d'expériences a pour objet de rechercher si les poisons les plus énergiques agissent réellement à l'instant même où ils sont mis en contact avec l'économie, ou s'il s'écoule entre ces deux instants un temps assez long pour qu'on puisse expliquer leur transmission par la circulation.

4e *Exp.* — Un demi-gros d'acide hydrocyanique concentré, et qui venait d'être préparé, est versé sur la langue d'un fort chien qui pesait dix-huit livres, et dont on tenait la tête élevée; onze secondes s'écoulèrent entre l'application de l'acide hydrocyanique et l'apparition des premiers phénomènes morbides. La respiration fut la première gênée, et au bout de trente-trois secondes, le chien était mort. Si on introduit un tube dans la trachée, et par lequel l'animal puisse respirer, les phénomènes morbides se développent encore plus tardivement, ce qui dépend probablement alors de ce que la vapeur de l'acide n'est pas inspirée. Cette expérience, répétée plusieurs fois, a toujours produit les mêmes résultats.

5e *Exp.* — Cinq grains de woorara, qui n'est absorbé que lentement, sont injectés avec 5 gros d'eau dans la veine jugulaire d'un chien. Vingt secondes s'écoulent avant qu'aucun symptôme apparaisse; alors seulement de violentes convulsions sont produites, et quarante-cinq secondes après l'injection, l'animal était mort. Cette expérience, répétée trois fois, a constamment fourni les mêmes résultats.

6e *Exp.*—Dix gouttes de conine (le principe de la ciguë) sont injectées dans la cuisse d'un chien; quinze secondes s'écoulent sans aucun phénomène morbide; alors la respiration est notamment affectée, et le chien meurt trente secondes après l'injection.

Des expériences semblables, faites avec la noix vomique et d'autres poisons d'une grande énergie ont prouvé qu'il s'écoulait toujours entre le moment où le poison est mis en contact avec l'économie, et celui où commencent les premiers accidents un intervalle d'au moins douze ou quinze secondes, intervalle qui suffit pour expliquer la transmission des principes vénéneux par la circulation, sans qu'on ait besoin d'admettre l'action du système nerveux pour expliquer cette transmission. Mais l'auteur va plus loin encore, et démontre par une autre série d'expériences, que plus la partie du système vascu-

Digitized by Google

laire dans laquelle on introduit le poison est près des centres nerveux, plus son action est rapide. Ces expériences reposent sur ce que, en injectant dans l'aorte un poison qui agit sur les centres nerveux, la distance qu'il doit parcourir pour arriver à ces centres est beaucoup moindre que quand on l'injecte dans le système nerveux.

7e *Exp.*—On fait arriver dans l'aorte, au moyen d'un tube introduit dans l'artère axillaire, 5 grains de woorara, dissous dans 2 gros d'eau. Les premiers symptômes de l'action du poison se développent au bout de sept secondes. Nous venons de voir (5e exp.) que cette même opération pratiquée par la veine jugulaire avait exigé vingt secondes. Des expériences analogues, répétées avec d'autres substances vénéneuses ont constamment produit les mêmes résultats.

Toutes ces expériences ne sont cependant pas des preuves positives de l'assertion de l'auteur, et ne peuvent fournir que de fortes présomptions en sa faveur; aussi a-t-il cherché par l'expérience suivante à donner une preuve directe que le simple contact du poison avec une large surface ne produit pas d'action générale sur l'économie, tant que le poison n'est pas entré dans la grande circulation.

8e *Exp.* — Après avoir ouvert l'abdomen sur un chien, on lui pratiqua la ligature des vaisseaux qui traversent le foie; puis on lui injecta dans l'estomac, par une ouverture faite aux parois abdominales, 3 gros d'acide hydrocyanique de Scheele. Dix minutes se passent sans qu'on observe le plus léger effet. Alors, on retire la ligature appliquée sur la veine-porte, et au bout d'une minute, l'effet du poison commence à se manifester. La ligature est aussitôt réappliquée; mais l'animal allait périr, si on n'eût eu recours à la respiration artificielle. Au bout de huit minutes, l'animal était assez bien pour respirer sans ce secours; on retire encore une fois la ligature, et l'animal meurt deux minutes après.

L'auteur tire de ces expériences, qui furent faites sur des chiens adultes, les conclusions suivantes.

1° Le temps nécessaire pour qu'une substance parcoure le système capillaire peut être considéré comme inappréciable.

2° L'intervalle qui s'écoule entre l'absorption d'une substance par les capillaires et sa diffusion générale dans le corps ne doit pas excéder neuf secondes.

3° Un espace de plus de neuf secondes s'écoule toujours entre l'introduction d'un poison dans les veines ou les capillaires et l'apparition de ses premiers effets.

4° Si le poison est introduit dans une partie du système vasculaire plus rapprochée du cerveau, ses effets se développent avec plus de rapidité.

5° Le contact du poison avec une large surface du corps ne peut donner naissance à des symptômes généraux tant qu'on ne permet pas qu'il s'étende par tout l'organisme.

Gazette Médicale.—Mars 1840.

Observation d'un empoisonnement par l'extrait alcoolique d'aconit napel, à la dose de cinq grains; par M. Emile Pereyra.

Un piqueur, âgé de 44 ans, d'une forte constitution, était atteint depuis neuf mois d'une affection rhumatismale qui s'était portée sur diverses articulations. Plusieurs moyens ayant été vainement employés pour le soulager, et les genoux étant toujours gonflés, empâtés et le siége de douleurs vives, on soumit ce malade à l'usage de l'extrait alcoolique d'aconit napel. Il en prit d'abord 4 grains par jour; deux le matin, deux le soir, et on poussa la dose jusqu'à 10 grains. Depuis dix jours, M. Pereyra se tenait à cette dose, et le malade était sur le point de quitter l'hôpital, en état parfait de guérison, lorsqu'un matin il fut pris d'accidents très-graves.

Le 12 janvier au matin, à cinq heures un quart, après avoir bien dormi et pris, la veille au soir, 5 pilules de l'extrait ancien, le malade prit successivement 5 pilules d'un nouvel extrait. Un quart d'heure après, il ressentit le même effet qu'à l'ordinaire, c'est-à-dire des frémissements et des élancements dans les muscles des cuisses et des bras. Au lieu de disparaître au bout de quelques minutes, ces mouvements devinrent de plus en plus forts; de véritables convulsions se manifestèrent et durèrent l'espace d'un quart d'heure. Le malade ressentait dans la bouche et dans la gorge une sensation pareille à celle que lui aurait donnée, disait-il, une poignée de poivre. Des vomissements survinrent très-peu de temps après les convulsions; vomissements qui ont continué par intervalle, toutes les fois que le malade prenait quelque liquide et jusqu'à ce qu'il ait pris une forte décoction de *huaco*.

Pendant ces convulsions, qui se renouvelèrent à huit reprises, le malade n'y voyait plus, il ne répondait à aucune question, il était tout à fait sans connaissance; les convulsions ayant une fois cessé, il répondait juste, exprimait bien ses souffrances; mais sa vue ne se rétablissait que peu à peu et plus tard. Depuis la première convulsion jusqu'à midi, le malade a conservé une douleur fixe à la tête, dont il comparait la sensation à celle d'une barre de fer brûlante qui aurait traversé le crâne d'une tempe à l'autre.

Les convulsions étaient suivies d'une sueur froide;

les membres étaient d'un froid glacial, le pouls inégal et lent. L'élève interne s'était contenté de faire administrer une forte décoction de café, qui avait été vomie, et de faire appliquer des sinapismes et des bouteilles d'eau chaude autour des membres.

A dix heures du matin, la face était d'une pâleur extrême, avec une expression de grande anxiété, les yeux très-mobiles, les pupilles contractées. Le malade se remue et change souvent de position ; il parle vite et beaucoup, se plaint de céphalalgie ; la langue, est large, blanche, et aussi froide que chez les cholériques ; il éprouve un sentiment de chaleur vive dans le pharynx et dans l'œsophage. Il vient de vomir des matières muqueuses ; la respiration est haute, à vingt-cinq par minute ; le pouls est à cinquante-cinq, mais inégal ; assez gros, mais très-mou ; à la partie postérieure de sa poitrine, on perçoit, par l'auscultation, un râle muqueux assez fort à grosses bulles. La pointe du cœur reste deux ou trois fois de suite sans battre contre les parois thoraciques, c'est-à-dire que l'on perçoit trois battements du pouls pendant qu'on n'entend qu'une fois le mouvement de la pointe. Cependant, on trouve les mouvements de contraction du ventricule gauche isochrones avec les battements du pouls ; l'oreillette droite semble être dans un mouvement convulsif continuel : ce sont des battements bien distincts, se succédant avec rapidité et sans concordance ni alternation avec les mouvements du ventricule gauche.

Les membres sont d'un froid glacial ; il n'y a eu aucune évacuation alvine. M. Pereyra prescrivit alors la continuation des applications chaudes, des frictions avec la teinture de cantharides sur le rachis et sur la région précordiale ; une forte infusion de huaco (plante dont il s'était servi avec avantage dans la période algide du choléra, et à laquelle il avait reconnu une action stimulante spéciale sur les contractions du cœur), et une potion de six onces, contenant deux gros d'ammoniaque liquide, à prendre par petites cuillerées.

Le soir, à 7 heures, la réaction était complète ; il n'y avait eu, depuis que le malade avait pris le huaco, aucun vomissement ; il avait pris la moitié de la potion. La peau était chaude partout ; la langue l'était aussi ; les couleurs du malade étaient revenues. Il se sentait très-bien ; le pouls a 70 pulsations, plein, égal ; respiration bonne partout ; mouvements du cœur parfaits, normaux. M. Pereyra fit cesser la médication stimulante et prescrivit de la limonade. Le lendemain, le malade ne se plaignait que d'un peu de fatigue dans les membres. Le 15 février, il était parfaitement bien ; ses douleurs rhumatismales avaient entièrement disparu.

Deux autres malades furent pris des mêmes accidents, et l'un d'eux succomba au bout de trois heures.

Maintenant, quelle a été la cause de ces accidents ? M. Pereyra l'attribue à la circonstance suivante : Ce médecin se servait depuis fort longtemps d'extrait alcoolique du suc de la plante fraîche. La provision qui existait à l'hôpital étant épuisée, les sœurs en demandèrent à leur pharmacien, qui ignorait complétement la manière dont avait été préparé l'extrait précédemment employé, et qui fit un extrait avec des feuilles parfaitement séchées.

JOURN. DES CONNAISS. MÉD. — Mars 1840.

Recherches sur les vaisseaux utéro-placentaires ; par le docteur C. BONAMY.

Un des points les plus importants de l'histoire anatomique du placenta est son mode de connexion avec l'utérus. Si les physiologistes sont d'accord sur l'existence d'une circulation sanguine, qui a lieu de l'utérus vers le placenta, leurs avis sont partagés lorsqu'il s'agit de déterminer comment se fait cette circulation. Les uns, partisans d'une communication directe, admettent une anastomose entre les vaisseaux de l'utérus et ceux du placenta ; les autres rejettent cette circulation sanguine immédiate, et pensent que le passage des sucs nourriciers que la mère envoie à l'enfant a lieu par voie d'absorption. C'est en présence de ces deux opinions, que nous avons entrepris une série d'expériences sur les femelles pleines des animaux. Ces recherches doivent être exposées en premier lieu, pour nous servir plus tard à faire connaître la structure et les connexions du placenta humain.

Placenta des carnassiers (*chiens*).

Toutes les femelles de ces animaux qui servirent à nos expériences furent mises à mort par la section simultanée des artères carotides. A l'autopsie, un premier fait frappa notre attention : la mort des petits ne suivait pas immédiatement celle de la mère ; souvent, dix ou quinze minutes s'étaient écoulées qu'on apercevait encore un mouvement vermiculaire dans les cornes de l'utérus. Les vaisseaux de cet organe étaient remplis de sang, lorsque la veine cave en renfermait à peine quelques gouttes. Les petits n'étaient point exsangues ; le placenta, le cordon ombilical et le foie contenaient encore une assez bonne quantité de sang. Haller nous dit cependant « qu'une chienne et une femelle de lièvre ayant perdu tout leur sang, les petits perdirent aussi le leur. » Mais ce savant physiologiste n'ignorait pas que des expériences contradictoires avaient eu lieu, car il ajoute un peu plus loin : « S'il y a eu quelques cas

Digitized by Google

où la mère a perdu tout son sang, sans que le fœtus ait perdu le sien ; si nous ne nions pas les expériences de Falconnet, et que d'autres ont faites comme lui, nous devons l'attribuer à la faiblesse du fœtus, qui n'a pas permis qu'il fît passer son sang dans les gros vaisseaux de la matrice, avec assez de force pour qu'il puisse s'écouler par la plaie de la mère ; ce sang s'est arrêté dans les veines de la matrice, qui sont très-amples, comme dans un lac. » Cette stase du sang pourrait bien être attribuée à la pression de l'utérus sur les veines hypogastriques et iliaques, l'animal, dans les derniers moments de la vie, venant à se coucher sur le côté. Il est vrai qu'il resterait encore les veines ovariques ; mais nous les croyons insuffisantes pour opérer le dégorgement des veines utérines, qui sont très-volumineuses dans ces animaux comme dans l'espèce humaine. Si j'insiste autant sur ce fait, c'est que je l'ai constamment observé dans les autres espèces, chez les chats, les lapins, etc. Au reste, il est de nulle valeur comme preuve pour ou contre la communication immédiate. Il nous faut des preuves plus convaincantes que nous avons dû chercher dans les injections et les dissections.

Les injections les plus pénétrantes furent poussées dans les veines, puis dans les artères utérines ; les substances qui les composaient étaient l'huile de lin, l'essence de térébenthine, la colle de poisson, le vernis à l'essence. Toutes ces liqueurs pénétraient avec une grande facilité dans le placenta; sa surface fœtale était injectée, comme déjà Northwich l'avait constaté, et comme on a pu le voir sur les pièces présentées à l'Institut par M. Flourens; mais l'injection n'avait pu pénétrer dans le cordon ombilical. Celui-ci, coupé près de son insertion placentaire, et exprimé avec soin dans un vase rempli d'eau, ne donnait que du sang, et jamais la plus petite quantité des substances injectées par les vaisseaux de la mère. Pensant qu'il serait peut-être possible de faire pénétrer plus loin ces injections, qui ne dépassaient jamais la surface fœtale du placenta, nous essayâmes de répéter les expériences de Cooper et de Vieussens, qui virent le mercure injecté par la veine jugulaire et les veines hypogastriques de la mère pénétrer jusque dans le cordon ombilical des petits. Une seule fois ce résultat fut obtenu, mais la dissection nous fit découvrir de nombreuses extravasations dans le tissu de l'utérus et du placenta.

Dans cette première série d'expériences, les vaisseaux de la mère étaient seuls injectés ; dans une deuxième série, les vaisseaux du cordon furent seuls injectés : la surface du placenta était parfaitement injectée, mais là s'était arrêtée l'injection. Enfin, dans une troisième série, les deux ordres de vaisseaux ayant été injectés, nous pûmes nous livrer à une minutieuse dissection.

Si on cherche à déplacer le placenta de la surface utérine correspondante, on voit qu'il faut d'abord diviser sur ses bords une membrane excessivement vasculaire, qui est la caduque. Celle-ci divisée, on arrive à la face interne de l'utérus qui, dans toute l'étendue des insertions placentaires, présente un réseau vasculaire très-développé, duquel partent de nombreux vaisseaux : ces vaisseaux, petits, grêles, réunis en faisceaux, pénètrent dans le placenta, à travers les petits trous dont est criblé un tissu lamelleux qui l'entoure en forme de ceinture. Arrivés à la surface utérine du placenta, ils circonscrivent par leurs anastomoses des espaces quadrangulaires ou elliptiques dans lesquelles sont renfermés les vaisseaux du fœtus ; ceux-ci ressemblaient assez bien aux vaisseaux séminifères : ils sont un grand nombre de fois repliés sur eux-mêmes, et constituent par leur pelotonnement une espèce de lobule. De l'anse anastomotique qui les circonscrit, partent de nombreuses ramifications qui s'enroulent avec eux. La surface fœtale du placenta présente la même disposition que la surface utérine, mais dans un ordre inverse; les anses anastomotiques qui circonscrivent les lobules sont formés par les vaisseaux du fœtus, et les lobules par les vaisseaux maternels repliés et contournés sur eux-mêmes. Nous avons disséqué avec soin ces vaisseaux maternels, à leur origine dans les vaisseaux de l'utérus; nous les avons suivi dans l'épaisseur du placenta, à l'aide des verres grossissants; ces vaisseaux le pénètrent de la surface utérine vers la face fœtale, sur laquelle ils étalent leurs nombreuses ramifications qui se replient sur elles-mêmes pour rentrer dans l'intérieur de l'organe. Les vaisseaux ombilicaux pénètrent le placenta de la face fœtale vers la face utérine; sur cette face, ils déploient des rameaux qui se réfléchissent sur eux-mêmes dans l'intérieur du placenta pour se joindre aux vaisseaux maternels. De cette manière, ces deux ordres de vaisseaux distincts, les uns sur la face utérine, les autres sur la face fœtale, en se réfléchissant en sens inverse, viennent à se pénétrer mutuellement dans l'épaisseur du placenta.

Ainsi, le placenta de ces animaux est formé de deux ordres de vaisseaux parfaitement distincts, qui ne communiquent point directement. Si on injecte par le cordon ombilical, tous les vaisseaux ombilicaux du placenta sont colorés ; si on injecte par les vaisseaux de la mère, tous les vaisseaux maternels du placenta sont colorés, et ceux-ci étendent leurs ramifications jusqu'à la face fœtale. Le placenta peut donc être injecté en partie par les vaisseaux de la mère, sans que nous ayons le droit d'en conclure à une communication immédiate entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus.

Telle n'est point l'opinion de M. Flourens. Examinons les faits de la deuxième série de ses expé-

Digitized by Google

riences : « Dans la pièce n° 1, la liqueur injectée par une artère de l'utérus a passé dans les placentas de plusieurs fœtus contenus dans cet utérus.

» 2° Dans cette pièce, la liqueur injectée est du vernis coloré par le minium; dans la pièce injectée n° 2, c'est du vernis coloré par la céruse; c'est de la colle colorée par le minium dans le n° 3 ; et, dans toutes ces pièces, la liqueur injectée par une artère de l'utérus a passé dans les placentas des divers fœtus contenus dans cet utérus.

» 3° La liqueur injectée par les vaisseaux artériels de la mère passe donc dans les placentas des fœtus. La communication vasculaire de la mère avec le fœtus est donc un fait évident et incontestable. »

Nous nous permettrons cependant de le contester; car, pour qu'il fût incontestable, il faudrait avoir vu les liqueurs injectées par la mère pénétrer jusque dans le cordon ombilical; or, d'après nos expériences et celles de M. Flourens, les liqueurs injectées n'ont pu pénétrer au delà de la surface fœtale du placenta. Quels sont les conduits vasculaires qui ont pu ainsi transmettre les liqueurs injectées par la mère? M. Flourens a bien vu ces vaisseaux maternels entre le placenta et l'utérus; mais il n'en dit qu'un mot : « Plusieurs de ces vaisseaux sont même assez gros pour être vus à l'œil nu, sans le secours des injections. » Peut-être s'il avait poursuivi plus loin son examen, il aurait pu s'assurer que, par ces vaisseaux, la liqueur colorée peut arriver jusqu'à la surface fœtale. Albinus paraît avoir poursuivi ses recherches plus loin que M. Flourens; aussi est-il arrivé à des conclusions différentes. « Albinus, dit Haller, a trouvé les vaisseaux de la matrice pleins de sang; il faisait passer ce sang jusque dans le placenta, de façon que cet homme si sage, si attentif, ne doutait pas que ces vaisseaux ne portassent du sang dans le placenta. » M. Deschamps, aide d'anatomie au Muséum, dans sa thèse inaugurale, reproche à Albinus de ne rien conclure d'un fait aussi important : Albinus en a conclu en homme prudent; n'ayant pu voir ces vaisseaux s'anastomoser, il n'a pas voulu conclure qu'il existait une communication directe entre la mère et le fœtus.

Les faits de la deuxième série présentés par M. Flourens sont beaucoup plus nouveaux et beaucoup plus concluants. Les injections poussées par le cordon ont pénétré dans les veines utérines, et l'expérience a été une fois si complète, que des veines utérines elle a pu passer dans le placenta d'un autre fœtus qui n'avait pas été injecté. Ces faits ne sont point susceptibles d'une autre interprétation, comme ceux de la première série, et certainement, si nous avions pu les obtenir, nous aurions conclu, avec M. Flourens, qu'il existe une communication vasculaire directe entre le fœtus et la mère; mais il nous a toujours été impossible de faire passer dans les veines utérines la plus petite quantité des substances injectées par le cordon. Cependant, nos expériences ont été faites sur les mêmes animaux, sur les chiens, les chats, les lapins, les rats ; les substances employées dans nos injections ont été les mêmes que celles employées par M. Flourens; nous avons même injecté des liqueurs beaucoup plus pénétrantes, telles que l'encre à écrire, l'eau, l'alcool, l'essence de térébenthine, colorés par une matière végétale soluble; nous avons toujours obtenu les mêmes résultats. Pendant que nous nous livrions à ces expériences, notre ami, M. Desprès, aide d'anatomie à la Faculté, en faisait aussi de son côté, et il lui a toujours été impossible de faire passer l'injection dans les veines utérines. Je ne puis décrire ici les infinis détails de toutes ces injections; qu'il suffise de dire que nous avons l'un et l'autre autant d'habitude que M. Deschamps de ces sortes d'expériences, que les nôtres ont été faites sous les yeux des deux honorables professeurs MM. Cruveilhier et Breschet, dont on ne peut nier la compétence en pareille matière. M. Deschamps dira peut-être de nous ce qu'il a dit de Lassus et de quelques autres anatomistes, que nous avons constamment été malheureux dans nos injections. Nous l'acceptons; mais, en attendant qu'il puisse voir nos pièces dans le musée de la Faculté, je puis lui certifier qu'elles valent au moins les préparations qu'il montrait à l'auditoire de M. Flourens, dont je faisais quelquefois partie.

Placenta des ruminants (vache).

Dans les carnassiers, les deux ordres de vaisseaux qui constituent le placenta sont tellement intriqués, que l'adresse du meilleur anatomiste ne pourrait parvenir à isoler complétement ceux qui appartiennent à la mère de ceux qui appartiennent au fœtus. Dans les ruminants, espèce à placenta multiple, les deux ordres de vaisseaux sont distincts et faciles à isoler ; de là deux placentas; l'un maternel, constitué par les vaisseaux de la mère; et l'autre fœtal, constitué par les ramifications des vaisseaux ombilicaux.

L'utérus de la vache est parsemé d'un grand nombre de corps ovoïdes assez semblables au champignon, offrant dans leur épaisseur des cellules ou alvéoles destinées à recevoir les villosités qui constituent le placenta fœtal. C'est à tort que quelques anatomistes ont pu considérer ces corps ovoïdes ou cotylédons utérins comme formés par le tissu de l'utérus, qui se serait ainsi hypertrophié çà et là dans quelques points de son étendue; ils sont formés par une substance albumineuse concrète, de nouvelle formation, que la macération dans l'eau acidulée finit par détacher, sans aucune espèce de solution de continuité dans la paroi utérine. Le

Digitized by Google

tissu de l'utérus est soulevé, comme attiré dans la concavité du cotylédon, de manière à former une espèce de pédicule qui lui adhère intimement. Ces adhérences ont lieu au moyen d'une membrane jaunâtre assez épaisse, criblée de trous, qui établit ainsi une ligne de démarcation bien tranchée entre le tissu de l'utérus et la substance cotylédonaire.

Les vaisseaux qui rampent sur le pédicule pour aller se ramifier dans l'épaisseur des cotylédons sont assez souvent gorgés de sang, quoique l'animal soit mort d'hémorrhagie. Nous avons pu alors les disséquer, à l'exemple d'Albinus, sans le secours des injections; nous les avons vus émerger du pédicule utérin, traverser la membrane jaunâtre, puis arriver dans l'intérieur des alvéoles; mais là, nous les perdions de vue complétement. Notre ami M. Kuhn les a suivis beaucoup plus loin. Voici ce qu'il rapporte dans sa dissertation inaugurale (Thèses de Paris, février 1839) : « Les vaisseaux utéro-placentaires existent chez ces animaux, mais ils sont très-peu nombreux : je les ai vus sans injection préalable et sans le secours du microscope. Dans les gros cotylédons, il n'est pas rare d'en observer deux ou trois assez développés pour qu'on puisse les suivre à l'œil nu; mais pour cela il faut qu'on s'y prenne peu de temps après la mort de la mère, et que le fœtus ait déjà acquis un certain développement. Ces vaisseaux sont alors injectés naturellement; on les voit surtout à la superficie des cotylédons, allant d'un vaisseau utérin s'aboucher avec un de ceux qui, partant de chaque cotylédon, vont constituer le cordon ombilical. » Nous avons employé toute notre attention à la recherche de ces vaisseaux à la superficie des cotylédons; il nous a toujours été impossible de les apercevoir.

Les dissections, sans le secours des injections, ne nous ayant rien appris, nous avons eu recours aux injections. Les substances employées ont été les mêmes que dans les expériences précédentes, l'huile, le vernis, l'alcool, la térébenthine, etc. Chaque cotylédon ou placenta maternel fut injecté séparément par un des nombreux petits vaisseaux qui se trouvent dans l'épaisseur du pédicule utérin; chaque placenta fœtal fut aussi injecté séparément; de cette manière, nos expériences ont pu être répétées un grand nombre de fois sur un même utérus. Or, toutes ces injections nous ont démontré que, dans la vache, il ne passe rien du placenta fœtal dans le cotylédon utérin, et réciproquement qu'il ne passe rien du cotylédon utérin dans le placenta fœtal. Cette fois, nous avons le bonheur de nous rencontrer avec M. Flourens, qui, après avoir admis une communication directe dans plusieurs espèces d'animaux, en exclut tout à coup les ruminants et les pachydermes. Telle est, dit M. Deschamps, « la grande loi de zoogénie découverte par M. Flourens, et qui ressort de ses préparations habiles, ingénieuses, incontestables, et qui se trouve encore sanctionnée par nos plus grands maîtres dans l'art des injections. » Avant d'adopter cette loi, recherchons sur quelles expériences on s'est fondé pour admettre que les ruminants et les pachydermes formaient une catégorie à part dans les classes des mammifères, sous le rapport des communications placentaires.

Si on a admis ces communications dans les carnassiers et les rongeurs, il a fallu des expériences bien convaincantes pour démontrer qu'il en était autrement dans les ruminants. Nous avons lieu, en effet, d'être surpris de cette bizarre anomalie dans un phénomène d'une si haute importance. « Je n'ai pu, dit M. Flourens, obtenir de résultat aussi net et aussi tranché dans les ruminants, dans la brebis, dans la vache, par exemple. Les villosités qui forment les houppes ou les placentas des chorions dans ces animaux pénètrent tellement dans les mailles des cotylédons utérins que le moindre épanchement survenu teint plus ou moins ces villosités et rend par là le résultat fort obscur. » Maintenant, je demanderai s'il ne lui aurait pas été possible d'obtenir des injections sans épanchement, et, dans le cas où les villosités chorioles eussent été teintes par l'injection épanchée, s'il n'aurait pu les déteindre dans un liquide approprié. Pour nous, nous avons fait un grand nombre d'injections sur ces animaux, et nous avons eu souvent le bonheur de réussir sans le plus petit épanchement. Le résultat que nous obtenions était aussi net et aussi clair que celui obtenu sur les carnassiers et les rongeurs; dans les uns comme dans les autres, il nous a toujours été impossible de démontrer une communication directe. Il devait en être ainsi, car la disposition anatomique est tout à fait identique. Dans les ruminants comme dans les carnassiers, tout a été fait pour le grand développement des surfaces de contiguité entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus.

Les vaisseaux maternels, dans le placenta des ruminants, sont distincts et faciles à isoler des vaisseaux ombilicaux; ils se ramifient dans l'épaisseur des cotylédons utérins. Fournis par les nombreux vaisseaux du pédicule que nous avons souvent trouvés pleins de sang, et que nous injections directement par l'introduction d'un tube assez délié, ils traversent cette substance jaunâtre criblée de trous dont nous avons déjà parlé, puis arrivent dans l'intérieur des alvéoles cotylédonaires. Ces vaisseaux sont petits, grêles cependant visibles à l'œil nu; ils s'anastomosent fréquemment entre eux, et forment un beau réseau sur les parois des alvéoles; de ce réseau partent des ramuscules nombreux, qui s'enfoncent dans l'épaisseur des parois, pour constituer là un autre réseau à mailles plus étroites et plus déliées qui communiquent largement avec les réseaux

Digitized by Google

des alvéoles voisines. Si nous envisageons d'une manière générale les vaisseaux maternels dans la masse cotylédonaire, nous les voyons former des réseaux dont les uns, à mailles plus larges, circonscrivent la cavité des alvéoles, dont les autres, à mailles plus étroites et plus déliées, se trouvent dans l'épaisseur des parois. Pour démontrer ce fait, les injections par corrosion réussissent à merveille; la substance du cotylédon venant à être détruite par la macération dans l'acide nitrique, il ne reste plus que les vaisseaux dont la distribution devient très-évidente.

Les vaisseaux qui constituent le placenta fœtal se rassemblent sous forme de flocons cylindriques ou de villosités, qui s'enfoncent dans l'épaisseur des cotylédons. Les adhérences ne nous ont point paru se faire d'une manière aussi lâche que le dit M. Deschamps : « L'engrenage de ces villosités se fait d'une manière lâche, de sorte que la moindre traction détruit ces rapports. »

Quelque soin que nous ayons pris pour retirer ces villosités de la cavité qui les renferme, nous avons toujours vu leurs vaisseaux rompus à des distances plus ou moins éloignées de la véritable extrémité. Pour bien les voir, il faut les examiner en place, encore contenus dans l'épaisseur des cotylédons. Tant qu'ils sont contenus dans les alvéoles, ils sont rectilignes et parallèles; mais ils ne tardent pas à pénétrer par les petits trous dont sont criblées leurs parois, dans l'épaisseur de ces mêmes parois : là ils offrent une disposition tout à fait différente; ils se contournent, se pelotonnent sur eux-mêmes, au milieu des mailles étroites du réseau formé par les vaisseaux maternels. Cette dernière disposition n'est point généralement connue, parce qu'on s'est borné à étudier ces vaisseaux sur une villosité détachée du cotylédon; alors, ils se sont toujours rompus sur la paroi des alvéoles. M. Wagner, dans un ouvrage récemment publié, a fait dessiner les vaisseaux d'une villosité choriole dans un placenta de brebis. Nous avons eu le plaisir de voir qu'ils étaient tout à fait semblables à ceux que nous avions pu observer dans le placenta de la vache : rectilignes et parallèles dans une certaine étendue, ils sont contournés sur eux-mêmes vers les extrémités.

Ainsi donc, dans le placenta des ruminants, les vaisseaux maternels, au lieu de se pelotonner avec les vaisseaux ombilicaux comme dans le placenta des carnassiers, forment des réseaux, au milieu desquels s'insinuent et s'enroulent des vaisseaux ombilicaux. En présence de ces deux dispositions vasculaires, peut-on concevoir la différence aussi grande établie entre les ruminants et les carnassiers, sous le rapport des communications placentaires? Dans les ruminants comme dans les carnassiers, la nature a tout fait pour le plus grand développement des surfaces de contiguïté entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus; mais elle a varié dans chaque espèce ses moyens d'arriver au but proposé. Dans le placenta des pachydermes que nous allons examiner, nous trouvons une nouvelle variété dans les rapports des vaisseaux ombilicaux avec les vaisseaux maternels; mais toutes ces variétés, dissemblables quant à la forme, sont, quant au fond, parfaitement identiques.

Placenta des pachydermes (cochon).

Le placenta de la truie est formé de deux parties fort distinctes, dont le mode d'engrenage est des plus curieux; il est celui de deux muqueuses intestinales qui auraient été moulées l'une sur l'autre. Les vaisseaux maternels, au lieu de se grouper en des masses circonscrites comme les cotylédons, étendent leurs ramifications sur une vaste membrane, qui offre la plus grande analogie avec la muqueuse de l'intestin. Sa surface est hérissée d'un grand nombre de replis tout à fait semblables aux valvules conniventes : ces replis sont dirigés perpendiculairement à l'axe de l'utérus; ils décrivent la moitié, les trois quarts d'un cercle. Généralement parallèles, ils s'inclinent les uns vers les autres à leur extrémité, se bifurquent, s'envoient de petits prolongements. Ils ont une hauteur un peu plus considérable que celle des valvules; nous en avons vu quelques-uns qui avaient un pouce de hauteur; ces grands replis sont plissés sur eux-mêmes, de manière à ne pas surpasser le niveau des autres. A leur base, on trouve un tissu lâche qui les unit à l'utérus, et les principaux troncs des vaisseaux maternels qui vont se ramifier dans leur épaisseur. Le tissu qui forme cette membrane est de même nature que celui des cotylédons dans la vache; il est plus mou, et se laisse déchirer avec une grande facilité. Tel est le placenta maternel dont l'étendue est fort considérable pour se mettre en contact avec le placenta fœtal qui, dans ces animaux, se développe aux dépens de toute l'étendue du chorion; il présenterait encore des dimensions beaucoup plus grandes si on pouvait effacer les replis dont nous venons de parler.

Le placenta fœtal est excessivement mince : de là la dénomination de *cortex placentosus* qui lui a été donné par quelques auteurs. Il présente un grand nombre de replis valvulaires qui sont moins saillants que ceux du placenta maternel. Sur leur surface, on rencontre un grand nombre de petites granulations dont la nature n'a pas été bien déterminée; ces petites granulations ne sont autres que les petits grains ou *acini* décrits par Ruysch dans le placenta humain. Formés par les extrémités des vaisseaux ombilicaux, repliés, contournés sur eux-mêmes, ces petites gra-

Digitized by Google

nulations sont reçues dans de petites excavations creusées dans l'épaisseur du placenta maternel.

Structure et connexion du placenta humain.

L'anatomie comparée nous ayant démontré dans le placenta des animaux deux ordres de vaisseaux fort distincts, dont les uns appartiennent à la mère et les autres au fœtus, il nous devenait fort difficile d'exposer la structure du placenta humain; nous n'avions à notre disposition que des placentas expulsés de la matrice. Nos injections les plus fines ne pouvaient jamais les pénétrer entièrement; çà et là nous apercevions des filaments blanchâtres sur la nature desquels les auteurs ne s'accordent pas; pour nous, nous avions lieu de supposer que c'étaient les vaisseaux maternels du placenta qu'il est impossible d'injecter par le cordon ombilical. Des vaisseaux nombreux avaient été trouvés entre l'utérus et le placenta et décrits, par le professeur Dubois, sous le nom de vaisseaux utéro-placentaires. Ces vaisseaux ne paraissaient pas tout à fait semblables à ceux que nous avions pu voir dans les animaux; ainsi, les veines étaient présentées sous un volume bien supérieur à celui des artères, tandis que dans les animaux elles ont un volume à peu près égal. Toutes ces données anatomiques pouvaient peut-être nous faire croire que le placenta de l'homme ne différait pas essentiellement de celui des animaux, mais il était impossible de conclure à leur identité. Nous sentions vivement le besoin d'observer le placenta encore attaché à l'utérus et d'injecter les vaisseaux utéro-placentaires, que nous n'avions jamais pu voir ou plutôt pu comprendre, lorsque pas hasard une femme enceinte de sept à huit mois vint à mourir dans le service de M. Monod, à la maison royale de santé. M. Stanski, interne des hôpitaux, voulut bien nous prévenir et nous aider dans toutes les injections qu'il nous était donné de faire sur le cadavre; nous l'en remercions ici sincèrement.

Une première injection fut faite dans le système veineux de l'utérus, par la veine iliaque primitive et l'une des veines ovariques; elle fut poussée avec toutes les précautions désirables. La substance qui la composait était du vernis à l'essence coloré par le *minium*. Une deuxième injection, composée d'essence de térébenthine colorée par l'indigo, fut faite dans les artères utérines par l'extrémité inférieure de l'aorte; des ligatures avaient été posées préalablement sur tous les vaisseaux capables de transmettre le liquide dans les membres abdominaux. L'utérus ainsi injecté fut détaché du cadavre qui devait être inhumé, puis transporté dans le laboratoire de M. le professeur Cruveilhier. Là, nous entreprîmes une autre série d'injections par le cordon ombilical. A cet effet, la cavité utérine fut ouverte à quelque distance des insertions placentaires, et le fœtus débarrassé des membranes qui l'enveloppaient. Un premier fait fixa notre attention : les vaisseaux ombilicaux sur le placenta et dans toute l'étendue du cordon ombilical étaient distendus par un liquide noirâtre que nous croyions être l'essence de térébenthine injectée dans les artères utérines. Mais il nous fut bientôt démontré que nous étions dans l'erreur : la section du cordon ayant été faite près du fœtus, nous pûmes en exprimer le liquide noirâtre dans un vase rempli d'eau et reconnaître qu'il n'était autre que du sang. Des injections ayant pour base l'huile de lin colorée par le blanc de céruse et par l'ocre jaune furent poussées dans la veine, puis dans l'une des artères ombilicales.

Dès lors il devenait évident que le placenta était injecté complétement; déjà nous apercevions à sa surface fœtale le liquide rouge injecté dans les veines utérines; mais par quels canaux l'injection avait-elle pu pénétrer aussi loin? Les connexions du placenta avec l'utérus formaient donc un des éléments de sa structure; à ce titre, elles firent le sujet de nos premières recherches. Nous détachâmes une petite portion du placenta, en incisant avec la plus grande précaution la caduque, puis les brides ligamenteuses qui le fixaient à la surface interne de l'utérus; nous pûmes alors examiner attentivement ce tissu de connexion ou utéro-placentaire et les vaisseaux qu'il renferme.

Ce tissu utéro-placentaire est de nature albumineuse ou couenneuse; il est constitué par un grand nombre de lamelles qui s'entrecroisent dans tous les sens et n'adhèrent entre elles que par quelques points de leur surface; si on vient à insuffler de l'air dans les endroits où elles ne sont que contiguës, on voit bientôt se développer des cellules de forme et de volume variables. Ces cellules se sont offertes à plusieurs anatomistes développées par la matière à injection qu'ils avaient poussée dans les veines utérines; de là, l'opinion presque générale qu'elles sont des veines, communiquant largement avec le système veineux utérin. Un auteur, sur l'autorité duquel nous aimons à nous appuyer, ne partage point cette manière de voir; huit fois, dit M. le professeur Velpeau, j'ai pu l'observer (le placenta) en place; je n'ai pu y découvrir de sinus ou d'ouvertures qui eussent le moindre rapport avec ce que les auteurs ont décrit sous ce nom. M. Jacquemier, dans un mémoire sur les vaisseaux utéro-placentaires, a décrit ces cellules, sous le titre de veines, avec la plus minutieuse attention. Il en a distingué trois variétés principales : dans l'une, elles ont à peine un trajet d'une à deux lignes d'une obliquité peu prononcée, d'autres, très-obliques, situées le plus souvent dans la direction des scissures interlobaires, ont jusqu'à deux pouces de longueur et envoient des prolongements interlobai-

Digitized by Google

res ; enfin, la variété la plus remarquable est celle qu'on observe en forme de couronne autour du placenta. Il est à croire que cette troisième variété n'est pas constante ; notée par Meckel, représentée dans une planche de M. Moreau, elle n'a pas été observée par un grand nombre d'anatomistes. Toutes ces veines, dit M. Jacquemier, communiquent avec les veines utérines par de larges orifices qui criblent la face interne de l'utérus, dans l'endroit correspondant aux insertions placentaires. Nous avons cherché avec le plus grand soin ces larges orifices de communication qu'il nous était impossible de soupçonner, puisqu'ici les cellules ne contenaient pas la plus petite quantité de la liqueur injectée dans les veines utérines. Nous les avons de nouveau insufflées, puis nous les avons remplies d'eau ; ni l'air ni le liquide n'ont pu pénétrer. Pour rendre ces épreuves plus décisives, nous avions ouvert largement les veines en détachant un lambeau de la surface externe de l'utérus. Ces orifices n'existent point ; nous les regardons comme de véritables solutions de continuité produites le plus souvent par les matières à injection. Les substances injectées dans les veines utérines étaient vulgairement du suif ou de la cire ; or, tous ceux qui pratiquent l'anatomie savent parfaitement que ces substances, peu convenables pour certaines injections artérielles, ne conviennent en aucune manière pour les injections veineuses. Celles-ci réussissent très-difficilement ; elles sont entourées d'un nombre infini de précautions, dont la principale est de ne pousser le piston de la seringue qu'avec beaucoup de lenteur ; mais comment observer ces précautions lorsqu'on injecte une substance qui se solidifie aussi promptement que le suif et la cire ? Tout se fait alors avec précipitation : le liquide bouillant est poussé dans les veines sans aucune espèce de ménagement, et on ne s'arrête très-souvent qu'après avoir produit les plus grands efforts. Des ruptures manquent alors rarement avec de telles injections ; nous les avons vues se faire dans les veines des membres ; mais elles se font surtout dans les plexus veineux ou dans les grosses veines à direction courbe et réfléchie. Sous ce rapport, il n'existe aucun organe qui puisse être comparé à l'utérus en état de gestation ; ses parois sont sillonnées en tous sens par de larges canaux veineux susceptibles d'admettre l'extrémité du doigt qui s'anastomosent fréquemment entre eux par de larges orifices. Ces canaux deviennent encore plus volumineux au niveau des insertions placentaires ; ils se rompent aussi plus facilement par la pression du liquide contre leurs parois. A l'examen anatomique, on trouve alors, comme on l'a dit, la matière à injection rassemblée, sous forme de grumeaux, dans des cavités dont les orifices de communication avec les veines ne sont que des déchirures.

Mais il est des cas où les orifices ont pu être observés sur des veines qui n'avaient point été injectées. Ainsi, M. Jacquemier les a décrits, je pense, sur des pièces qui n'avaient été soumises à aucune préparation ; car il reconnait, comme nous, que les injections produisent très-souvent des déchirures. « L'injection, dit-il, soit par les veines ovariques, soit par les veines hypogastriques, réussit très-difficilement, parce que les veines utéro-placentaires étant très-difficiles à déchirer, il se fait entre l'utérus et le placenta des épanchements qui empêchent de les reconnaître. » Ces larges orifices de communication ne sont encore que des déchirures qui se produisent lorsqu'on détache le placenta, suivant le procédé employé par plusieurs anatomistes, à l'aide des doigts ou d'un manche de scalpel. En effet, ce tissu utéro-placentaire adhère intimement à la paroi de l'utérus et aux grosses veines qui rampent près de sa surface interne. En détachant ainsi le placenta, la solution de ces adhérences est bien capable, à elle seule, de déterminer la déchirure des parois veineuses ; mais il y a plus que des adhérences entre les veines utérines et le tissu utéro-placentaire ; il y a une véritable continuité établie par de petits vaisseaux plongés dans l'épaisseur des lamelles adhérentes. Ces petits vaisseaux sont les veines utéro-placentaires ; nous les décrirons plus loin. Nous ne faisons ici qu'annoncer leur existence, pour démontrer que, lorsqu'on déchire ces lamelles pour décoller le placenta, on déchire ces vaisseaux à leur embouchure dans les grosses veines, dont ils déterminent ainsi la rupture. Dans la première portion du placenta que nous avions détachée, nous n'avions pu voir les orifices de communication, car nous avions prévenu toute déchirure en excisant toutes les adhérences. Nous détachâmes alors une nouvelle portion de placenta, en omettant cette précaution : elle fut détachée avec les doigts ; les déchirures dans les veines utérines se manifestèrent aussitôt par la sortie du liquide injecté. Le mécanisme suivant lequel se font ces orifices apparaît de la manière la plus évidente, lorsqu'on détache la caduque de la surface de l'utérus. Cette membrane lui adhère, comme le placenta, par un tissu couenneux disposé en lamelles. Dans ces lamelles existent de petites veines qui s'abouchent avec les grosses veines utérines ; si on soulève légèrement cette membrane, les lamelles qui la fixent à l'utérus s'écartent les unes des autres, forment des espaces vides sans communication avec les veines. Si on continue de la soulever, les lamelles se déchirent, ainsi que les petits vaisseaux plongés dans leur épaisseur. Cette déchirure est aussitôt suivie de celle des veines utérines.

S'il est démontré que les cellules ne communiquent point avec les veines, je ne pense pas qu'on veuille encore leur conserver le titre de veines utéro-

Digitized by Google

placentaires; nous les comparerions alors aux veines, en général, sous le rapport de la structure; « nous verrions, comme dit Meckel, qu'elles n'en sont qu'une ébauche grossière. » Les parois de ces cellules n'ont aucune résistance; elles doivent cependant contenir un liquide en circulation. Il est vrai que le sang y est stagnant comme dans un lac, suivant l'expression de Haller; mais advienne l'accouchement, sous l'influence des contractions utérines, ce sang se mettra en mouvement et viendra réagir contre des parois, que le manche d'un scalpel déchire avec la plus grande facilité; elles se déchireront alors, et l'hémorrhagie foudroyante qui résultera de cette déchirure sera le premier signe de l'accouchement. Cependant les choses ne se passent pas ainsi; voici les raisons qu'en donne M. Jacquemier dans son travail sur les veines utérines: « La contraction de l'utérus, qui se fait en même temps, garantit les veines utéro-placentaires de toute rupture; l'œuf, ou le fœtus, comprimé exactement par l'utérus, développe une force d'expansion qui réagit sur tous les points de la surface interne de l'utérus. Le placenta, comme les autres parties des enveloppes de l'œuf, sont maintenues, solidement appliquées contre toute la face interne de l'utérus, et opposent une résistance suffisante à l'effort du sang. » Quoi qu'il en soit de ces raisons, dont la discussion m'entraînerait trop loin, il est à craindre que, dans l'intervalle des contractions, la tension dans les cellules ne soit encore trop forte pour leurs faibles parois: il faudrait qu'elle pût cesser au même instant que la contraction utérine. Mais si l'utérus vient à se contracter partiellement, dans les fibres du col, par exemple, sous l'influence de ce stimulus, le sang viendra distendre ces grosses cellules, et, pour les maintenir, on ne pourra invoquer la réaction du placenta contre leurs parois. Il me semble que, pour prévenir un danger aussi grand que celui qui résulterait de la rupture de ces cellules pleines de sang, la nature n'ait pas pris toutes les précautions de solidité désirables. Au reste, tous ces raisonnements ne méritent pas une grande importance auprès du fait anatomique qui démontre 1° que les orifices de communication des veines utérines avec les cellules n'existent pas; 2° que ces cellules ne sont point des veines.

Je devrais maintenant traiter de ce tissu utéro-placentaire considéré en général, parler de son origine et de son développement; mais il me faudrait aborder des questions fort épineuses, qui ne se rattachent pas directement à la structure du placenta. Je ne parlerai ici que des vaisseaux plongés dans son épaisseur: vaisseaux utéro-placentaires, ou vaisseaux maternels du placenta.

Déjà, en examinant le mécanisme suivant lequel se font les orifices dans les veines utérines, nous avons annoncé que les canaux chargés de transmettre le sang veineux de l'utérus dans le placenta étaient plongés au milieu des lamelles du tissu utéro-placentaire. Ces veines ont un calibre à peu près égal à celui des artères; elles sont quelquefois un peu plus volumineuses; nous en avons mesuré qui avaient deux ou trois lignes de diamètre. Les caractères à l'aide desquels il nous a été possible de les distinguer des artères étaient de la dernière évidence dans la pièce que nous avions sous les yeux. Ainsi ces veines étaient pénétrées du liquide injecté dans le système veineux utérin; elles étaient rectilignes; leurs ramifications, excessivement nombreuses, s'anastomosaient fréquemment entre elles, et formaient de vastes réseaux sur les parois des cellules; ces réseaux pénétraient par tous les points la surface utérine du placenta. La dissection à l'œil nu montrait leurs terminaisons dans les grosses veines utérines. Les artères avaient la disposition en spirale, décrite par plusieurs anatomistes, figurée dans les planches de M. le professeur Moreau; elles fournissaient peu de ramifications qui s'anastomosaient rarement entre elles; enfin elles se continuaient avec les artères utérines. Comme M. Jacquemier, nous avons pu voir qu'elles étaient moins nombreuses à la circonférence qu'au centre du placenta; ces artères, comme les veines, pénétraient dans son épaisseur, mais plus particulièrement au niveau des scissures intercotylédonaires.

Outre ces vaisseaux sanguins, on a cru rencontrer des vaisseaux lymphatiques. M. Lauth, dans un mémoire sur les connexions du placenta, avait admis ces vaisseaux; voici ce qu'il disait: puisqu'il n'y a pas de communication directe entre les vaisseaux utérins et ceux du placenta; que les cellules où le sang serait épanché n'existent pas non plus, et que la seule communication que l'on puisse admettre entre la mère et le fœtus est celle par des vaisseaux lymphatiques, dont les uns se terminent dans les vaisseaux du placenta et les autres dans ceux de la membrane caduque; ces vaisseaux, par leur terminaison au système vasculaire sanguin de l'un de ces organes, paraissent être greffés à leur origine sur ceux de l'autre, de telle manière que ceux qui naissent sur les vaisseaux utérins et qui finissent aux vaisseaux du placenta viennent extraire du sang de la mère des matériaux, pour les porter dans le sang du fœtus; d'un autre côté, les radicules lymphatiques, greffées sur les vaisseaux du placenta, se terminent dans les vaisseaux utérins pour servir à excréter du sang du fœtus les matériaux qui ne peuvent plus lui être utiles, et les verser dans le système veineux de la mère. M. le professeur Breschet, à la thèse duquel nous empruntons ce qui précède, observe judicieusement que ces théories sont fort ingénieuses, mais qu'elles ne sont démontrées par

Digitized by Google

aucun fait anatomique. M. Lauth est venu lui-même déclarer, dans son *Manuel de l'anatomiste*, dernière édition, qu'il s'était trompé, et que ces vaisseaux lymphatiques n'existent point.

Nous voyons déjà que, sous le rapport des connexions vasculaires avec l'utérus, le placenta de l'homme est tout à fait analogue au placenta des animaux. Nous retrouvons, en effet, les veines et les artères que nous avons eu l'occasion de décrire sous le nom de vaisseaux maternels du placenta; il est donc formé de deux ordres de vaisseaux, dont il nous reste à décrire ceux qui appartiennent au fœtus, sous le nom de vaisseaux ombilicaux.

Les artères et la veine ombilicale, parvenus à la face fœtale du placenta, se divisent en plusieurs grosses branches, qui sont situées sous l'amnios et le chorion. La première de ces membranes se détache avec une grande facilité; la seconde adhère intimement aux vaisseaux, qu'elle enveloppe complétement. Dans cette gaîne, on rencontre toujours une artère et une veine; la veine est beaucoup plus volumineuse que l'artère. Rouhaut avait estimé cette différence de volume par le rapport de 9 à 4. Les artères communiquent facilement entre elles dans l'épaisseur d'un même cotylédon; les anastomoses peuvent être vues sans le secours des injections. Si on injecte une substance grossière dans une des artères, l'injection revient aussitôt par l'autre; si on continue de pousser, l'injection passe des artères dans les veines; mais si on commence par injecter dans la veine, l'injection ne passe que difficilement dans les artères. Cet obstacle à un passage libre des veines dans les artères ne peut s'expliquer par les valvules que quelques anatomistes ont cru avoir observées; ces valvules n'existent pas. M. Velpeau qui a disséqué ces veines un très-grand nombre de fois, n'a jamais pu y rencontrer des valvules. Si on injecte dans ces vaisseaux une liqueur très-pénétrante, comme l'huile de lin, l'essence de térébenthine, le vernis, toute la surface utérine du placenta sera convertie en un réseau vasculaire très-délié, qui ne donnera jamais issue au liquide injecté; des orifices béants aux extrémités des vaisseaux n'existent point. Déjà Rœderer avait remarqué qu'il ne sort pas de sang de la surface convexe du placenta qui est du côté de la matrice, quand le placenta est nouvellement extrait, qu'on ne peut même en faire sortir par expression, et qu'ayant rempli d'injections les vaisseaux du placenta, on n'a rien vu s'écouler de ce côté, si ce n'est de l'eau qui passait difficilement, ou quelque chose de très-clair, qui n'était point du sang. Lorsqu'on soumet à la macération un placenta dont les vaisseaux ont été ainsi injectés, on le voit bientôt se résoudre en flocons tomenteux, recouverts sur plusieurs points d'un tissu mou, pulpeux, qu'il est difficile de détacher. Ces flocons, examinés à la loupe présentent une foule de granulations; composées de petits vaisseaux repliés, contournés sur eux-mêmes, à la manière des vaisseaux de villosités choriales dans la vache ou la brebis. Ces petites granulations ont été parfaitement décrites par Ruisch, sous les noms d'*acini*, ou petits grains. Comme cet habile anatomiste, nous avons pu voir que, lorsque la macération venait à se prolonger, les petits vaisseaux s'allongeaient et ne conservaient plus qu'une flexuosité peu apparente.

M. Fohman a décrit, dans ces derniers temps, des vaisseaux lymphatiques sur le cordon ombilical et le placenta. L'apparence toute particulière de ces vaisseaux qu'il a fait représenter, peut faire comprendre les doutes élevés sur leur nature par la plupart des anatomistes. Nous avons plusieurs fois injecté ces réseaux, figurés par Fohman, et nous ne croyons pas encore avoir injecté les vaisseaux lymphatiques du placenta; ils différaient trop de ceux que nous obtenions sur la peau et sur les membranes muqueuses; cependant ces vaisseaux existent à n'en pas douter, car lorsqu'on injecte les vaisseaux lymphatiques du foie, on en voit qui se portent le long de la veine ombilicale jusque dans le cordon; mais nous ne les avons jamais vu pénétrer dans le placenta.

Quant aux nerfs décrits par Verheyen, Chaussier et Ribes, nous n'avons jamais pu les rencontrer.

Si nous rassemblons maintenant les éléments vasculaires qui entrent dans la composition du placenta, nous voyons qu'ils sont de deux ordres, comme dans les animaux: des vaisseaux maternels et des vaisseaux ombilicaux.

En examinant la structure du placenta des ruminants, nous avons vu les vaisseaux maternels former de vastes réseaux dans l'épaisseur des cotylédons, puis au milieu de ces réseaux s'insinuer et s'enchevêtrer les filaments vasculaires des villosités choriales. Or, la plus grande analogie existe entre cette disposition et celle que nous avons à signaler dans le placenta humain. Chacun de ses cotylédons est constitué de la manière suivante: les vaisseaux maternels ou utéro placentaires le pénètrent, par tous les points de sa surface utérine, et forment dans son épaisseur des réseaux à mailles excessivement déliées; les vaisseaux ombilicaux, qui le pénètrent de sa surface fœtale vers la surface utérine, offrent la même disposition que les vaisseaux des villosités choriales, sous la forme de grains ou *acini;* ils se contournent sur eux-mêmes au milieu des mailles étroites de ces réseaux. Mais ici, comme dans les carnassiers, il est impossible de séparer les vaisseaux qui appartiennent à la mère de ceux qui appartiennent au fœtus. La connexion interne qui existe entre ces ordres de vaisseaux nous paraît résulter de la gaîne membraneuse qui les enveloppe jusque dans l'épaisseur du placenta; cette gaîne est fournie aux uns par

Digitized by Google

la membrane chorion, et aux autres par les prolongements lamelleux du tissu utéro-placentaire.

Les vaisseaux maternels ne peuvent être observés d'une manière aussi évidente que dans le placenta des ruminants ou des pachydermes, puisqu'il est impossible d'en isoler les vaisseaux ombilicaux ; mais ils sont encore visibles à l'œil nu. Les veines formaient surtout ces réseaux dont nous venons de parler; les artères ne paraissaient pas avoir pénétré aussi loin dans l'épaisseur du placenta. Cette disposition tiendrait-elle à ce que l'injection par les artères utérines n'aurait pas réussi aussi bien que celle poussée dans les veines du même ordre, ou bien à une anastomose entre ces vaisseaux ? Nous avions injecté en premier lieu par les veines utérines. Nous ne saurions décider la question.

Entre ces deux ordres de vaisseaux, qui constituent le placenta humain, il est impossible d'admettre une communication directe. L'injection, poussée par les veines utérines, peut pénétrer jusque dans la surface fœtale du placenta, comme dans les animaux, car les vaisseaux maternels étendent leurs ramifications dans toute l'épaisseur de cet organe, sans que nous puissions dire que ces deux ordres de vaisseaux communiquent entre eux; l'injection poussée par le cordon ne peut pas pénétrer dans les veines utérines.

Le placenta de l'homme, comme celui des animaux, est formé de deux ordres de vaisseaux, dont les uns appartiennent à la mère et les autres au fœtus. Ces deux ordres de vaisseaux ne communiquent point directement entre eux.

GAZ. MÉDICALE. — Mars 1840.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

—

SÉANCE DU 9 MARS.

Enfant à quatre jambes.

M. Geoffroy Saint-Hilaire met sous les yeux de l'Académie deux dessins faits d'après un enfant qu'il avait précédemment décrit et figuré dans le onzième volume des mémoires de l'Académie. L'enfant avait seulement deux à trois ans quand il fut pour M. Geoffroy l'objet d'un premier examen. Dans les neuf années qui se sont écoulées depuis cette époque, ce jeune sujet s'est développé d'une manière remarquable; certaines difformités qu'il présentait se sont réformées complétement; d'autres se sont modifiées de manière que, sans cesser d'offrir une disposition anormale, elles remplissent pour l'individu un but utile. Par exemple, les deux jambes normales, qui diffèrent entre elles de longueur, se sont égalisées et la station est solide. Les deux jambes supplémentaires ankylosées et en partie réunies par des téguments, au lieu de former un appendice incommode, constituent une sorte de tabouret que l'individu porte partout avec lui, attaché à la partie postérieure du bassin, comme le vacher suisse quand il va traire ses vaches au pâturage, et sur lequel il se repose quand il est fatigué.

Une commission, composée de MM. Serres et Magendie, est chargée d'examiner ce jeune sujet.

Appareils pour l'extraction des corps tombés dans la vessie.

M. Leroy-d'Etiolles présente des instruments qu'il a imaginés pour l'extraction de tiges métalliques tombées dans la vessie, et de portions d'instruments de lithotritie rompus par des manœuvres imprudentes. Ce sont différentes tenettes à coulisse, modifiées pour les diverses indications qui peuvent se présenter, mais toutes disposées de manière à ce que, lorsque la portion de tige brisée a été saisie en travers, ce qui est le cas le plus commun et en même temps le plus défavorable pour l'extraction, elle est forcée de tourner sur elle-même et de se placer dans la direction du canal, qui est aussi celle de l'instrument qui l'entraîne.

GAZETTE MÉDICALE.— Mars 1840.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

—

SÉANCE DU 10 MARS.

Empoisonnement par le tartre stibié.

M. Orfila donne lecture à l'Académie d'un mémoire sur ce sujet. Je me suis attaché dans mes travaux, dit l'auteur, à retrouver les poisons ailleurs que dans l'estomac, les intestins et les matières vomies ; j'ai indiqué par quels procédés il était possible de reconnaître dans le sang et la plupart des organes, des quantités fort minimes d'acide arsénieux, absorbé par les voies digestives.

Ces recherches, et celles que je vais communiquer aujourd'hui à l'Académie, non-seulement sont indis-

Digitized by Google

pensables à la médecine légale, mais éclairent encore certains points de physiologie et de thérapeutique.

Indépendamment des faits que j'avais recueillis, et des résultats auxquels mes expériences m'avaient conduit, plusieurs expertises médico-légales ont permis depuis la communication de mes travaux de vérifier l'exactitude des résultats auxquels j'étais arrivé; à Gaillac, à Lyon, à Angers, etc., MM. Rigal, Pariselet Chapeau, Godefroy ont constaté la présence de l'arsenic dans les viscères, plusieurs mois après que l'empoisonnement avait eu lieu; alors que les preuves fournies par les organes digestifs ne semblaient plus suffisantes.

Ce que j'ai tenté pour l'acide arsénieux, je l'ai fait depuis pour le tartre stibié, et je viens démontrer aujourd'hui qu'on peut retirer de l'antimoine métallique du corps des individus chez lesquels l'émétique a déterminé la mort sans que le vomissement l'ait rejeté.

Déjà en 1813, M. Magendie avait annoncé que le tartre stibié était absorbé, d'après certains faits physiologiques; je viens prouver qu'il en est ainsi, car je retire des divers viscères l'antimoine métallique qui fait partie de ce sel. Sans doute que cette substance est rarement choisie par le crime pour produire la mort; cependant il existe déjà dans la science un certain nombre de cas où son administration a été suivie de la mort; d'autres faits peuvent s'y ajouter. On sait qu'appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse d'un chien, il détermine la mort à la dose de quelques grains; qu'ingéré dans l'estomac et conservé là par la ligature de l'œsophage qui empêche les vomissements d'avoir lieu, il peut amener des accidents graves et même la mort. Ces considérations démontrent sans réplique l'importance de chercher à constater dans le sang et dans les divers organes la présence de ce poison.

Le procédé qui m'a paru le plus simple et le meilleur pour arriver à ce résultat est celui auquel j'avais eu recours dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux : il permet de reconnaître les quantités les plus minimes d'antimoine, et consiste, ainsi que je le disais alors, à traiter par l'acide nitrique concentré le sang ou les divers organes, à soumettre ensuite à l'action de l'appareil de Marsh les produits carbonisés obtenus et soumis à l'action de l'acide chlorhydrique bouillant, mélangé de quelques gouttes d'acide azotique.

Cela posé, voyons jusqu'à quel point nous avons pu constater sa présence dans les organes.

Nous avons ingéré dans l'estomac de plusieurs chiens, dont l'œsophage était lié ensuite, 15, 20, 25 grains de tartre stibié; tous mouraient au bout de quelques heures.

Le foie traité par les procédés indiqués a donné des taches d'antimoine.

La rate, les poumons et le cœur traités de la même manière, en ont à peine offert quelques traces.

Les reins en présentaient comme le foie.

Dans une autre expérience, je plaçai 2 grammes 52 centig. de tartre stibié dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse d'un chien, la mort survint au bout de vingt heures. Le petit sachet qui renfermait le sel finement pulvérisé avait perdu 72 centigr. Les poumons, le foie, la rate n'ont fourni que des taches insignifiantes à l'appareil de Marsh. L'urine en a présenté une quantité notable. Le sang n'en renfermait pas.

Sur deux autres chiens, dans le tissu cellulaire sous-cutané desquels j'avais placé 6 grammes de tartre stibié, et dont l'un mourut douze heures après, et l'autre fut tué quatre heures après l'empoisonnement, six onces de sang tiré par l'ouverture de l'aorte chez ce dernier; le sang de la veine cave chez tous deux ne donnèrent pas de taches antimoniales; le foie en présenta, mais c'est surtout de l'urine que nous en retirâmes une proportion considérable.

D'autres expériences, dont je ne donne pas les détails ici, me fournirent à peu de chose près les mêmes résultats; si bien que je me crois fondé à conclure :

1° Que le tartre stibié introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans l'estomac avec la précaution de lier ensuite l'œsophage, est absorbé et pénètre avec le sang dans les différents viscères où il séjourne peu, surtout lorsque ces organes ne reçoivent qu'une petite quantité de sang.

2° Que ces organes l'abandonnent et le cèdent surtout à l'urine dans laquelle on le retrouve.

J'ai voulu savoir si l'acide arsénieux se comportait sous ce dernier rapport de la même manière; ces recherches étaient le complément de celles que j'avais entreprises sur cette substance; toutefois ces dernières expériences me manquaient à cette époque.

J'ai placé deux grains d'acide arsénieux dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un chien qui a succombé au bout de vingt-deux heures. Le foie traité par les procédés que j'ai déjà indiqués a donné tout au plus douze taches arsenicales; l'urine traitée de la même manière en a donné plus de cent. Plusieurs expériences analogues m'ont fourni les mêmes résultats.

Des faits et des expériences précédentes, je crois pouvoir conclure :

1° Que le tartre stibié mis en contact avec les tissus vivants est absorbé, et va pénétrer les organes avec le sang.

2° Qu'il est possible de retirer l'antimoine métallique de ces derniers, et d'avoir ainsi la preuve non équivoque de l'empoisonnement.

3° Par conséquent, les rapports médico-légaux qui ne mentionnent pas la recherche du tartre stibié dans les viscères, où il peut séjourner après l'absorp-

Digitized by Google

tion devront être regardés comme insuffisants.

4° Qu'il faut chercher le tartre stibié ailleurs que dans l'estomac et les intestins, puisqu'il ne peut plus s'y retrouver, s'il a été rejeté par les vomissements ou les selles.

5° Parmi les viscères, les organes sécréteurs les plus importants, tels que le foie et les reins, sont ceux qui renfermeront le plus d'antimoine.

6° Qu'en admettant qu'il se fasse une décomposition dans le sang, elle ne sera que de peu d'importance, et donnerait lieu tout au plus à un hypo-antimonite de potasse soluble dans l'eau bouillante.

7° Il est possible de recueillir l'antimoine métallique, en traitant par l'eau bouillante, l'acide nitrique pur, et l'appareil de Marsh, de la manière indiquée, un des viscères, et préférablement en agissant sur plusieurs.

8° Il pourrait arriver qu'en opérant de cette manière, on ne trouvât aucune trace d'antimoine, puisqu'il séjourne peu dans les organes; mais constamment en agissant sur les liquides sécrétés, et particulièrement sur les urines, on en constate la présence. Toutefois, l'antimoine semblerait rester moins longtemps dans les tissus que l'arsenic.

9° Que parmi les procédés employés dans le but de constater la présence de l'antimoine métallique, c'est à celui déjà indiqué pour la recherche de l'arsenic, qu'il faut donner la préférence.

10° Le même procédé, revendiqué à tort par M. Couerbe, et que nous avions indiqué déjà en 1832, dans notre Traité de médecine légale, nous semble l'emporter sur les autres par son exactitude et sa simplicité.

11° L'extraction faite de la sorte de l'antimoine métallique renfermé dans les viscères, le sang et l'urine, prouve, si le malade n'a pas pris du tartre stibié comme médicament, qu'il y a eu empoisonnement par cette substance, puisqu'à l'état normal le corps de l'homme ne renferme pas un atome d'antimoine.

M. Orfila insiste en terminant sur la différence, que présentent l'acide arsénieux et le tartre stibié, sous le rapport de la durée de leur séjour dans le sang et dans les organes; l'acide arsénieux est éliminé plus lentement avec les produits de sécrétion que le tartre stibié. Ceci peut conduire à des recherches et à des résultats tout nouveaux, intéressants au point de vue physiologique, sur les différences que présentent tel ou tel poison, relativement au temps pendant lequel chacun d'eux est gardé par nos organes.

Après la lecture de ce mémoire, écouté avec un vif intérêt par l'Académie, une courte discussion s'engage sur quelques-uns des faits ou des conclusions qui y sont renfermés.

M. Cornac demande jusqu'à quelle dose il est permis de porter le tartre stibié sans danger pour les malades; il avoue être effrayé des doses qu'il a prescrites, sans avoir observé cependant le moindre accident.

M. Chevallier rapproche des faits cités par M. Orfila, celui d'un individu dont le sang a fourni à l'analyse une certaine quantité de kermès; il en avait pris pendant sa vie à petites doses cependant.

M. Gimelle dit avoir donné et administré souvent encore l'émétique à haute dose, 8, 10 décigrammes, avec le plus grand avantage; ses effets curatifs sont d'autant plus prononcés qu'il n'y a pas de vomissements; les liquides épanchés dans les cavités séreuses se résorbent, cela est manifeste, surtout dans le rhumatisme articulaire.

M. Ferrus parle dans le même sens, et désirerait savoir si l'émétique administré à un individu atteint de pneumonie, par exemple, éprouverait certaines modifications de la part des solides ou des liquides.

M. Orfila ne partage pas les craintes de M. Cornac sur l'action du tartre stibié chez l'homme malade; la condition pathologique dans laquelle il se trouve alors constitue pour les effets du médicament une différence essentielle. Les vomissements, suivant qu'ils existent ou non, ainsi que M. Magendie et d'autres physiologistes l'ont souvent noté, impliquent encore une différence notable dans l'action du poison. Toutefois, il ne faudrait pas nier que des malades ne pussent succomber après une administration intempestive ou maladroite du tartre stibié; plusieurs faits prouvent que cela est possible. Mais l'existence d'une affection aiguë, surtout s'il existe, comme le disait Laënnec, quelque engorgement à fondre, peut, en indiquant l'emploi du médicament, anéantir tout à fait son action toxique. Il est cependant des cas où, malgré une phlegmasie aiguë, le tartre stibié peut donner lieu à des accidents; c'est ainsi que, dans un fait qui m'a été communiqué par M. J. Cloquet, le malade, qui avait une plaie de tête, mourut empoisonné par le tartre stibié.

M. Eymeri admet l'opinion de Laënnec sur l'innocuité du médicament dans la plupart des cas; mais il en a vu aussi où il y avait une action locale des plus énergiques; il cautérisait réellement les membranes muqueuses offrant de véritables ulcérations.

M. Orfila avait constaté ces effets depuis bien des années, avec M. Magendie et d'autres expérimentateurs.

M. Bouillaud : les exemples d'inflammation, d'ulcérations de muqueuse gastro-intestinale par le tartre stibié sont déjà nombreux, les recueils scientifiques en contiennent plusieurs; ce ne peut donc être une question de savoir si cette substance est susceptible de déterminer des accidents toxiques chez les individus malades auxquels on l'administre. Mais

Digitized by Google

on peut se demander s'il agit chez eux de la même manière que chez les individus sains, et si, par exemple, ses effets sont d'autant plus marqués qu'il y a ce qu'on appelle *tolérance*. Ceci est encore un sujet de litige; plusieurs auteurs disent que la tolérance est nécessaire à son action médicatrice; mais d'autres pensent aussi que les vomissements sont inévitables, surtout au début de son administration.

Jusqu'ici il n'avait pas été possible de retrouver le sel au milieu de tissus ou des liquides; on n'avait fait que le soupçonner; les recherches de M. Orfila constituent donc des faits complétement neufs. Dans ces précédentes recherches sur l'arsenic, il avait montré que le sang pouvait en contenir lorsqu'il n'était pas possible d'en constater la présence dans les organes digestifs. Ici, le métal n'existant ni dans le sang, ni dans les organes dont les sécrétions l'ont chassé, se retrouve dans les urines. Ce résultat important et neuf jette une grande lumière sur les recherches médico-légales.

M. Ferrus revient sur la question de la tolérance, et dit n'avoir pas trouvé d'inflammation chez les individus atteints de phlegmasies, pour lesquelles le tartre stibié avait été administré, et avait agi sans provoquer de vomissements. Il persiste à soupçonner dans ces cas une certaine modification dans la composition du médicament; on pourrait le rechercher alors dans le sang d'une saignée; ce serait de nouvelles expériences à tenter.

M. Honoré dit avoir essayé depuis longtemps, pour prévenir tout accident, de soumettre l'administration du tartre stibié à certaines règles pratiques; il s'est arrêté à celle-ci, savoir : que si vers le deuxième ou le troisième jour après son emploi, qu'il y ait tolérance ou non on n'aperçoit pas d'amélioration dans l'état du malade, il faut en cesser l'usage.

M. Pelletier pense qu'il serait avantageux pour les praticiens de rechercher dans quelles circonstances morbides il pourra se développer dans l'organisme des substances qui rendront l'émétique vénéneux; car il est tantôt inoffensif, tantôt toxique; ceci peut fournir matière à d'importantes recherches.

(Le mémoire de M. Orfila sera renvoyé au comité de publication.)

Gazette médicale. — Mars 1840.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

—

Fondée en 1802, la Société anatomique tient ses séances régulièrement tous les mercredis et publie un bulletin mensuel de ses travaux. Ces Bulletins, qui jusqu'à ce jour n'étaient distribués qu'aux membres de la Société, deviennent publics (1). C'est un devoir pour nous de rendre compte de cette importante publication spécialement destinée à l'anatomie pathologique. Tous les faits consignés dans ce recueil ont été examinés par la Société, et dès lors ils jouissent de toute l'authenticité désirable.

Premier extrait. — Perforations spontanées du tube digestif.

Obs. Un blanchisseur, âgé de 36 ans, adonné aux boissons alcooliques, jouissait d'une parfaite santé, lorsqu'un matin ayant pris six petits verres d'eau-de-vie, il déjeuna comme à son ordinaire. Immédiatement après son repas, il est pris de coliques très-vives. Transporté à la Charité, il éprouve dans tout l'abdomen une douleur excessive, il a de fréquentes envies de vomir, mais sans résultat. Il meurt vingt-quatre heures après l'invasion des premiers accidents. A l'autopsie, on trouve une perforation à la face antérieure du duodénum. Cette perforation avait été précédée d'une altération ancienne qui est actuellement cicatrisée sans rapprochement de ses bords qui sont épais, arrondis, parfaitement lisses, de couleur presque normale; le fond de l'ulcération est constitué uniquement par le péritoine; c'est ce dernier qui s'est rompu. Un épanchement a eu lieu, une péritonite est survenue. On voit des fausses membranes molles qui environnent la face péritonéale de cet orifice. (Lenepveu.)

Obs. — Un distillateur, très-vigoureux et adonné à l'eau-de-vie, est pris tout à coup de péritonite suraiguë; il succombe en vingt-quatre heures. A l'autopsie, on trouve une perforation analogue à la précédente, ayant son siége à l'iléon. (Hardy.)

Obs. — Un étudiant en médecine consulte M. Cruveilhier pour un peu d'anorexie et de constipation : quelques verres d'eau magnésienne sont prescrits. A peine le premier verre est-il pris que soudain il survient des frissons, une sueur froide, une cessation complète des battements du pouls, et la mort. On croit à un empoisonnement; on court chez le pharmacien, et il se trouve que n'ayant pas d'eau magnésienne, il a donné de l'eau pure. A l'autopsie, on trouve une perforation au centre d'une ulcération solitaire de l'intestin grêle. (Cruveilhier.)

Obs. — Un malade vient à pied à l'hôpital; il ne présente qu'un peu d'hébétude; il meurt dans la soirée. A l'autopsie, on trouve une perforation de

---

(1) Chez Ebrard, librairie, rue des Mathurins-Saint-Jacques, 24. Prix, par an, 5 fr. pour Paris, et 6 fr. 50 c. pour les départements.

Digitized by Google

l'œsophage avec un épanchement dans la plèvre gauche. (Hélie.)

Obs. — Une femme affectée de dyspnée, de nausées, de coliques, etc., éprouve subitement en se baissant une vive chaleur à l'abdomen, promptement suivie de mort. A l'autopsie, on trouve dans la cavité du péritoine des gaz et des liquides mêlés de débris d'aliments, des traces de péritonite chronique et de péritonite récente; puis près du pylore qui est rétréci une perforation occupant le fond d'une cicatrice large et déprimée qui se continue sur les parois de l'estomac. (Sestié.)

Obs. — Au vingt-cinquième jour d'une fièvre typhoïde une femme, âgée de 35 ans, est prise de péritonite et meurt. A l'autopsie, on trouve sur l'intestin grêle, près de la valvule iléo-cœcale, une ulcération très-étendue, et à son centre une perforation assez large. (Prestat.)

Obs. — Un malade entre à l'hôpital pour une bronchite; tout à coup il est pris de péritonite, et meurt rapidement. A l'autopsie, on trouve vers la fin de l'iléon une perforation circulaire de 3 lignes de circonférence; les bords en sont rouges et un peu tuméfiés. (Régnier.)

Obs. — Un jeune homme, âgé de 20 ans, bien portant, est pris tout à coup de vomissements, de douleurs à l'épigastre; il entre à l'hôpital; un épanchement que l'on croit être séreux se fait dans l'abdomen, des accidents de suffocation surviennent; on fait une ponction. Un écoulement de matières jaunes, verdâtres, d'une odeur stercorale infecte a lieu; le malade meurt. A l'autopsie, on trouve un peu au-dessus de la valvule iléo-cœcale une perforation de 2 lignes de diamètre dont les bords tuméfiés, arrondis, sont taillés à pic. Un peu au-dessous du cœcum se trouve une seconde perforation, qui peut admettre le petit doigt; elle offre les mêmes caractères que la précédente. (Dariste.)

Toutes les perforations intestinales ne sont suivies d'une mort aussi rapide que les précédentes. Depuis longtemps, en effet, on sait que les parois détruites de l'intestin peuvent être remplacées par les organes voisins qui contractent des adhérences avec le tube digestif et préviennent des épanchements qui seraient rapidement mortels. Les Bulletins de la Société anatomique nous en fournissent un grand nombre d'exemples curieux, parmi lesquels nous choisirons les suivants :

Obs. — Une journalière, âgée de 64 ans, après une série d'accidents, dont les plus intenses consistaient en douleurs vives dans la région épigastrique, d'envies de vomir sans résultat, et de constipation, meurt à la suite de quelques vomissements de sang. A l'autopsie on trouve à la partie moyenne de la face postérieure de l'estomac une perforation ayant un pouce et demi de diamètre, ses bords mous et arrondis sont taillés à pic. Cette perforation repose sur une partie du pancréas, qui adhère à son pourtour, et qui, s'adaptant parfaitement à sa circonférence, l'a bouché complétement et a prévenu tout épanchement dans le péritoine. (Cazeaux.)

Obs. — Une marchande des quatre saisons, âgée de 57 ans, perd l'appétit; ses repas sont suivis d'aigreurs, de rapports, de nausées, d'envies de vomir : au bout de deux mois elle vomit presque tous ses aliments. Elle entre à l'hôpital et meurt bientôt. A l'autopsie on trouve dans l'estomac, près du pylore, une perforation de 3 pouces de diamètre; elle adhère de toutes parts à la surface du foie, qui lui est uni par des fausses membranes résistantes. (Denonvilliers.)

Obs. — Un homme est atteint de néphrite albumineuse et meurt peu de temps après. A l'autopsie on trouve les altérations suivantes, qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme : l'estomac est adhérent à la rate par son grand cul-de-sac. Au centre de cette adhérence se trouve une perforation de la largeur d'une pièce de cinq francs. Ses bords sont épais, arrondis, d'une dureté cartilagineuse. La rate est quadruplée de volume; elle est creusée d'une large cavité, qui communique avec celle de l'estomac, par l'ouverture dont celui-ci est le siége. (Vigla.)

Obs. — Un homme est pris d'hématémèse, et quatre jours après les premiers vomissements il meurt. A l'autopsie on trouve une perforation déjà ancienne de la paroi postérieure de l'estomac; le fond de cette perforation est formé par le pancréas, qui adhère à tout son pourtour. L'hématémèse était dû à la division de l'artère splénique, dont on trouve les deux bouts divisés et béants dans le champ de l'ulcération. (Cazeaux.)

Dans un cas présenté par M. Cruveilhier, on voit une ulcération qui détruit toutes les tuniques de l'intestin grêle; la perforation est obturée par un tampon épiploïque. L'épiploon a contracté de fortes adhérences avec le portour de l'ulcération, et s'est ainsi substitué à la portion absente de la paroi intestinale. (Cruveilhier.)

Obs. — Une femme, âgée de 45 ans, est affectée de rétrécissement à la partie supérieure du rectum. A la suite d'un écart de régime, elle est prise de malaise et de coliques. Le ventre est tendu, ballonné, sonore à la percussion, très-douloureux au toucher. Mort. A l'autopsie, pas de trace de péritonite. Les intestins sont ballonnés et très-volumineux. Dans la fosse iliaque gauche, le gros intestin a contracté des adhérences; il est le siége d'une large perforation; mais des pelotons graisseux entourent cette ouverture; l'un d'eux pénètre même dans la cavité de l'intestin et remplit l'office d'obturateur. (Marchesseaux.)

Obs. — Un journalier, 42 ans, entre à l'hôpital

Digitized by Google

pour une tumeur douloureuse qu'il porte dans le flanc gauche, et pour un dévoiement opiniâtre. Les sangsues, les opiacés, etc., améliorent son état. Il sort de l'hôpital. Après quelques écarts de régime, il éprouve les mêmes accidents, revient et meurt un mois après. A l'autopsie on trouve que le commencement de l'S iliaque communique avec son extrémité, de sorte que les matières fécales passent directement du colon descendant dans le rectum sans traverser l'S iliaque. (LEGENDRE.)

Nous n'avons donné ici que des extraits d'observations; ils suffisent pour donner une idée de l'importance du recueil de la SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. Nous nous promettons de lui faire d'assez nombreux emprunts.

GAZETTE MÉDICALE. — Mars 1840.

Rapport de M. Gerdy à l'Académie sur un rhumatisme inflammatoire aigu qui a profondément altéré les parties molles et les os, qui a causé la mort, et dont l'observation a été présentée par M. le docteur BALLOT, de Gyen.

Messieurs,

Vous avez nommé une commission composée de M. Maingault et moi, pour vous rendre compte d'une observation qui vous avait été adressée par M. le docteur Ballot, de Gyen : je vais avoir l'honneur de vous en entretenir. Bien que cette observation ne soit pas très-longue, elle est si intéressante et présente des faits si peu connus, qu'elle est bien digne de toute votre attention et méritera de notre part des réflexions étendues.

Jolly, âgé de vingt ans, était employé, depuis un an, comme batelier, au passage de la Loire, dans une petite commune voisine de Gyen. Quoique, dans l'exercice de sa profession, il eût été fréquemment mouillé, sans pouvoir changer de vêtements, et qu'il eût surtout passé, souvent, la nuit sans abri sur le bord du fleuve, cependant il n'avait encore éprouvé aucun symptôme de rhumatisme, lorsque le 4 février 1837, étant bien portant d'ailleurs, il fut pris, en manœuvrant sa barque, d'une douleur très-vive dans le genou gauche, sans gonflement ni rougeur. Après divers remèdes insignifiants, il entra à l'hospice de Gyen où le vit le docteur Ballot.

Il exprimait la douleur la plus forte lorsqu'on lui palpait la cuisse gauche et surtout lorsqu'on essayait de faire exécuter quelque mouvement à ce membre, qui n'offrait, non plus que le genou, quoique le malade y souffrît vivement, ni rougeur, ni gonflement. D'ailleurs, point de changement dans la longueur, la direction, ni le volume du membre, mais fièvre assez intense et cent pulsations par minutes. Antiphlogistiques, dérivatifs, hypnotiques, sudorifiques, bains, diète; pas d'amélioration; vésicatoire sur la cuisse, amélioration, puis abcès reconnu à une fluctuation obscure vers le quart inférieur de la cuisse; ouverture de l'abcès, contre-ouverture, séton pour favoriser l'écoulement du pus. Par la suite, suppuration continuelle, altération du pus, colliquation, eschares aux régions du sacrum, des trochanters, mort le 17 mai, après cent-cinq jours de souffrances et de douleurs semblables à celles d'une piqûre profonde produite par la pression des parties molles contre l'os, qu'à l'aide du stylet on reconnaît être irrégulier et dénudé.

Autopsie. — Ulcérations gangréneuses vers le sacrum, les grands trochanters, muscles externes de la hanche et de la cuisse réduits en une vaste collection de matières noires, putrilagineuses, fétides, qui entourent le fémur jusque vers ses condyles, remplissent la fosse iliaque externe, pénètrent dans l'articulation iléo-fémorale, ulcérée et ouverte à son côté externe, dépouillée de cartilage, cariée sur ses deux os, privée de ligament inter-osseux. Au-dessous de la tête et surtout vers les trochanters, la ligne âpre et la partie inférieure de l'abcès où ont été faites les ouvertures pour le séton, le fémur est affecté d'une altération *que je ne saurais,* dit M. Ballot, *rapporter à aucune maladie des os dont la description me soit connue.* « Elle est constituée, ajoute-t-il, par une ossification irrégulière, disposée en stalactites et en lamelles, et dont le périoste irrité par la présence du pus semble avoir été l'origine. » Il n'y avait pas d'altération au genou.

M. Ballot ne s'est point trompé en jugeant cette observation assez importante pour vous être adressée; c'est ce que prouveront j'espère, les réflexions dans lesquelles je vais entrer.

La *cause* de l'affection dont nous venons de tracer l'histoire abrégée paraît être le froid et l'humidité auxquels Jolly était exposé depuis un an par sa profession de batelier, et peut-être surtout par ses imprudences. Nous reviendrons, au reste, plus bas sur l'influence de cette double cause, qui recevra un degré d'évidence de plus de la nature de la maladie.

Plusieurs ordres de *symptômes* caractérisèrent l'affection : d'abord, un symptôme *sympathique* de douleur dans l'articulation inférieure à la jointure malade; plus tard, quelques jours avant la suppuration, de la douleur *locale* dans toute la cuisse, au moindre mouvement et lorsqu'on la palpait; en même temps que ces dernières souffrances, de la fièvre et quelques autres symptômes sympathiques; une amélioration dans les souffrances après la sup-

Digitized by Google

puration et après l'ouverture de l'abcès qui en était le résultat; plus tard encore des sensations de piqûre profonde par la pression des parties molles contre le fémur; enfin une suppuration colliquative, la consomption et la mort.

La douleur dans une articulation inférieure à la malade est un phénomène bien connu dans les maladies articulaires et particulièrement dans celles que l'on connait vulgairement sous le nom de tumeurs blanches, et que l'on pourrait peut-être désigner sous le nom *d'arthrites chroniques*. Du moins, je préfèrerais cette dénomination à celle d'*artropathie* proposée tout récemment. Il est très-commun dans ces affections de voir la douleur se manifester, même très-vive, dans l'articulation placée au-dessous de celle qui est réellement affectée. Cette année, 1839, à l'hôpital de la Charité, nous avons vu bien des fois le même phénomène, et entre autres chez trois malades en même temps. L'un avait une maladie de la hanche et se plaignait exclusivement du genou; le second avait le genou affecté et souffrait du coude-pied; le troisième, qui était une jeune femme, avait une tumeur blanche du coude et se plaignait du poignet. Néanmoins, tous les trois souffraient de la jointure malade quand on y déterminait des mouvements, et dans certains endroits quand on y exerçait une compression plus ou moins forte, surtout la jeune femme. Mais aucun de ces trois malades ne souffrait aussi vivement que celui du docteur Ballot, à en juger par ce qu'il en rapporte. L'affection était donc plus aiguë chez ce dernier. C'est ce que prouvent encore les autres symptômes comme nous verrons.

A quoi peut tenir la souffrance d'une articulation inférieure à la jointure malade? C'est un fait que nous ignorons complétement. Mais comme les parties intermédiaires ne souffrent point, et qu'il n'est pas possible de l'expliquer par la continuité ni par la contiguité des parties, voilà pourquoi j'ai dit que c'était un phénomène sympathique. Tel est en effet le caractère des phénomènes indépendants de la contiguité et de la continuité des parties voisines, et s'ils tenaient à l'un de ces deux modes de connexion, ils ne seraient pas plus sympathiques que les battements du pouls ne le sont de ceux du cœur, que les mouvements des os ne le sont de ceux des muscles. Personne, en effet, ne s'avise d'expliquer, par la sympathie, la relation de ces phénomènes les uns avec les autres, parce que tout le monde voit au premier coup d'œil qu'elle est due à la contiguité ou à la continuité des parties.

La douleur locale, très-vive, qui s'est peu à peu développée dans toute la cuisse, n'était si aiguë, que parce qu'elle précédait et accompagnait un travail de suppuration considérable, que parce qu'elle accompagnait un phlegmon aigu. Elle était plus vive encore par les mouvements que par le palper pratiqué sur le membre malade, parce qu'elle avait son siége dans les muscles en même temps que dans le périoste; mais il n'est pas certain qu'elle se manifestât dans le fémur lui-même, car les os enflammés et suppurants souffrent assez rarement.

La fièvre et ses troubles généraux se sont montrés du côté du cerveau et des organes digestifs, parce que la maladie était tout à la fois aiguë et surtout très-intense et très-étendue; mais, comme d'habitude, l'orage s'est apaisé aussitôt que la suppuration fut accomplie et surtout quand on lui eut donné une issue. Ce résultat général de l'ouverture des abcès prouve, contradictoirement à l'opinion de beaucoup de pathologistes, que le pus agit d'une manière nuisible aux parties, soit parce qu'il les distend, soit parce qu'il les baigne sans les distendre.

Quoi qu'il en soit, bientôt se montra un phénomène particulier, mais très-facile à comprendre. Le malade souffrait la sensation d'une piqûre intérieure quand on pressait les parties molles de la cuisse contre l'os. Cette douleur était évidemment causée par la pression des chairs malades contre les saillies plus ou moins aiguës dont le fémur était couvert, ainsi que l'a vu M. Ballot.

La continuation de la suppuration, son altération progressive, l'amaigrissement, la consomption et la mort qui survinrent, enfin, sont des symptômes bien communs dans les affections suppurantes des os, surtout quand elles envahissent de grandes articulations et occupent une étendue considérable.

Mais arrivons à la partie vraiment intéressante de cette observation, aux altérations de l'os, car ce sont ces faits qui sont très-peu connus, et qui méritent réellement toute notre attention, et, je crois, toute celle de l'Académie. M. le docteur Ballot, en avouant qu'il ne connaissait point de description à laquelle il pût rapporter les altérations du fémur qu'il avait sous les yeux et qu'il nous a envoyé, a confessé une situation que votre rapporteur serait obligé de confesser, lui-même, s'il n'avait, depuis plusieurs années, fait des recherches nombreuses et toutes particulières sur les maladies des os. C'est en s'aidant de ces recherches qu'il va décrire, expliquer et déterminer les diverses altérations morbides du fémur que nous tenons du docteur Ballot. L'analyse des altérations de l'os prouve que ce sont des nécroses, des caries, des sécrétions périostiques, des sillons, des ouvertures et des canaux vasculaires. Parlons d'abord des nécroses: elles occupent la tête, le col et le corps du fémur.

La tête de l'os approprié par la macération probablement, et tel que l'a envoyé le docteur Ballot, est dépouillée de son cartilage et de son écorce osseuse, presque sur toute la portion articulaire, et laisse à

Digitized by Google

nu un tissu qu'on nomme spongieux, et dont la surface est criblée de trous plus ou moins arrondis ; nous avons démontré que ce tissu est formé par des canalicules perpendiculaires aux surfaces articulaires et néanmoins légèrement tortueux, très-fins et communiquant les uns avec les autres par une multitude d'ouvertures qui donnent au tissu canaliculaire l'apparence d'un amas de cellules disposées sans ordre. Dans plusieurs points d'ailleurs, on distingue la lame épiphysaire, qui est mince et non encore criblée comme elle l'est après l'ossification.

Comment s'est détruite l'écorce compacte, mince et articulaire de la tête du fémur? Le fait a pu s'accomplir par plusieurs mécanismes que j'ai observés ; 1° par le développement de la couche mince du tissu cellulaire sous-cartilagineux, résorbant l'écorce osseuse sous-jacente en même temps que le cartilage; 2° par une inflammation éliminatoire développée sous l'écorce compacte dont nous nous occupons, ou dans son épaisseur ; 3° par l'ulcération de la surface libre du cartilage se propageant à l'os sous-jacent.

Le premier fait est très-commun dans les tumeurs blanches. Aussi n'est-il point rare de trouver, à l'autopsie de ces affections, le cartilage diarthrodial perforé et en partie recouvert par des fongosités qui, fixées à la surface articulaire de l'os proéminent, flottent par la perforation du cartilage résorbé, et s'étendent parfois en large membrane, de manière à simuler la membrane synoviale. Si, alors, on enlève ces fongosités, on ne trouve que l'os à nu, au-dessous, point de cartilage. D'autres fois, tandis que le cartilage est aminci comme une feuille de parchemin, la surface de l'écorce osseuse, articulaire est cariée, érodée et criblée d'ouvertures par lesquelles le tissu cellulo-vasculaire intérieur de l'os communique avec le tissu sous-diarthrodial. Dans cet état, j'ai trouvé le cartilage souple, flexible et mobile sur la tête de l'os dont il était facile de le détacher.

Dans un temps, j'ai cru que les cartilages ne se ramollissaient pas, et que ce n'était point par ce mécanisme qu'ils disparaissaient de dessus les surfaces articulaires. Jusque-là, je les avais toujours trouvés doués de leur fermeté naturelle, même lorsqu'il n'en restait plus que des parties fort étroites au milieu des fongosités sous-cartilagineuses, dont les surfaces articulaires étaient couvertes.

Mais depuis, j'ai rencontré des cartilages ramollis et ulcérés dans différents points de leur surface libre ; j'en ai trouvé de perforés, et, je n'en doute plus, ils disparaissent aussi par ce mécanisme, comme l'enseignent plusieurs auteurs et notamment M. Sanson.

Comment se développe la couche sous-diarthrodiale? Il est très-probable qu'elle existe naturellement, quoique très-mince, entre le cartilage et l'os, et que dans l'inflammation elle s'accroît comme tous les tissus enflammés tant que le cartilage n'est pas perforé ; mais, qu'après l'avoir perforé, elle s'accroît par sécrétion de fluides organisables, absolument comme le font les fongosités qui proéminent de plus en plus à la surface d'un vésicatoire, ou semblent végéter du fond d'un cautère. Ce fait explique pourquoi le tissu cellulaire sous-diarthrodial, mis à nu par la disparition du cartilage dans les tumeurs blanches, se confond avec la synoviale par sa circonférence ; il se confond même avec cette membrane par sa couleur, parce qu'ils sont enflammés de la même manière, baignés par les mêmes fluides, et qu'ils sont d'ailleurs d'une nature analogue.

L'écorce osseuse, compacte et mince, de la surface articulaire est aussi résorbée, cariée par le tissu cellulo-vasculaire sous-jacent à cette écorce. Il est probable que c'est ce qui arrive lorsque la maladie articulaire commence par l'intérieur des os. Alors l'écorce osseuse des surfaces articulaires peut être résorbée et perforée de dedans en dehors par le tissu cellulo-vasculaire de l'os, soulevée par des fongosités. C'est ainsi que s'établissent une foule de caries à la surface des os du crâne.

Dans les derniers temps que je passai à l'hôpital Saint-Louis, je donnai mes soins à une femme d'environ 60 ans, qui avait une dénudation du frontal. Peu à peu la couche extérieure de l'os, amincie, perforée, cariée par des fongosités sous-jacentes, fut enfin soulevée et éliminée par une inflammation ulcérative qui laissa une surface rouge, couverte de fongosités vermeilles. La portion rejetée était la lame externe amincie du frontal, qui était en partie résorbée et perforée, en partie nécrosée et séparée par une ostéite éliminatoire. J'ai observé plusieurs fois des phénomènes du même genre dans les articulations, et c'est par l'un ou l'autre de ces mécanismes, et peut-être par tous les deux en même temps, que s'est accomplie l'altération dont la tête du fémur qui nous occupe est le siége.

Dans des altérations de ce genre, plusieurs cas peuvent se présenter à l'autopsie : tantôt on trouve la cavité articulaire remplie d'une poussière osseuse, dure et plus ou moins fine, qu'on regarde à tort comme le résultat d'une carie qu'on appelle une vermoulure. En effet, il est très-probable, pour ne pas dire certain, que cette poussière *dure et résistante* est un détritus de nécrose, et qu'elle est produite par une lame nécrosée, broyée par les mouvements articulaires à mesure qu'elle se détache, plutôt que par une nécrose primitivement pulvérulente. Tantôt il peut y avoir une poussière très-fragile ou des esquilles *criblées* par l'inflammation, la carie et peu *résistantes*. Il n'y a ni poussière, ni séquestre d'aucune espèce dans la jointure ; c'est donc qu'alors

Digitized by Google

la couche compacte des surfaces articulaires a été entièrement résorbée?

Ainsi, dans le cas présent, la lame de la surface articulaire a été éliminée ou résorbée. Mais comme le docteur Ballot ne dit pas avoir trouvé de poussière osseuse dans l'articulation malade, ni dans le pus pendant la vie, je conserve des doutes sur les phénomènes morbides qui se sont passés dans l'articulation affectée.

L'état du col prouve cependant que des esquilles de carie *criblées* ou peu *résistantes* plus ou moins petites ont dû s'écouler pendant la vie avec le pus, ou se trouver après la mort, dans l'articulation ou hors de l'articulation. En avant et même au-dessus, le col du fémur est irrégulièrement creusé, déchiqueté, carié et dépouillé de ses parties compactes superficielles par une ostéite éliminatoire qui a dû produire des esquilles pulvérulentes et laminées, plus ou moins épaisses, et ces esquilles ont laissé à nu le tissu canaliculaire sous-jacent. On trouve même au-devant du col une lame déjà séparée du tissu sous-jacent par sa surface-profonde et ses bords, en sorte que, disposée à la manière d'un pont, elle ne tient plus que par ses deux extrémités. Cette lame, déjà morte, est criblée de trous. Or, ces caractères n'appartiennent pas aux séquestres de la nécrose. Ceux-ci sont frappés de mort sans être enflammés, tandis que c'est le contraire pour les esquilles de la carie qui meurent cernées par une ulcération circonférentielle éliminatoire.

On trouve au contraire des portions nécrosées dont les limites ne sont encore marquées à l'extérieur que par un sillon qu'occupait l'inflammation ulcérative. Cette inflammation éliminatoire est ici provoquée par la présence d'un séquestre qui agit sur les parties vivantes comme un corps étranger.

On observe le séquestre dont je veux parler immédiatement au-dessous du col et au-devant du petit trochanter. On le reconnaît à son aspect compacte, non vasculaire ou non poreux, à sa dureté et à sa sonorité. Enfin le fémur présente encore de la nécrose dans sa moitié inférieure, et c'est là qu'il en offre le plus.

Elle forme là, derrière l'os, une lame osseuse qui occupe la superficie de deux faces latérales de l'os, est soulevée et en grande partie détachée. Cette lame, qui a six pouces ou seize centimètres de haut en bas, deux pouces et demi ou six centimètres au moins de largeur dans le milieu de sa longueur, est épaisse par en haut, où le mal a été plus grave et plus profond, elle devient de plus en plus mince et papyracée par en bas. En plusieurs endroits, même, elle n'est pas intacte, elle est perforée, brisée, en sorte qu'il a dû s'en détacher et s'écouler des fragments osseux avec la suppuration pendant la vie. En bas, contre les condyles, une portion de cette lame ou de la surface de l'os qu'elle constituait s'est également détachée, et partout où elle manque le tissu compacte sous-jacent, où s'est développée l'inflammation éliminatoire du séquestre, est irrégulier à sa surface, comme les pierres des monuments, altérées à la longue par l'air et les pluies. Cela est d'autant plus frappant que la surface extérieure de la lame nécrosée est lisse et polie, et jaunâtre comme celle d'un os sain. Dans plusieurs endroits le séquestre est recouvert par des sécrétions osseuses périostales papyracées, sur lesquelles je reviendrai.

On voit encore à travers ces sécrétions osseuses une portion nécrosée et ovalaire, située au-devant du fémur, dans son quart inférieur. Tous ces séquestres ont les mêmes caractères : ils sont lisses à leur surface extérieure, détachés en partie ou en totalité par des sillons ou des excavations creusées au-dessous. Leur couleur tranche, presque partout, sur celle du tissu osseux sous-jacent dont la surface est irrégulière ; ils sont durs et sonores, comme le tissu compacte, quand ils ont un peu d'épaisseur. Enfin, on reconnaît que ce sont des portions d'os qui sont mortes, comme tous les séquestres, sans avoir été enflammées et avant le développement de l'inflammation ulcérative éliminatoire, qui les isole et qu'elles provoquent.

Jusqu'ici, nous n'avons parlé que des nécroses, ou traces de nécrose visibles à la surface du fémur, dont nous analysons les altérations. Nous allons passer, maintenant, à l'examen des *sécrétions périostiques*. Elles sont déjà très-visibles et stalactiformes au-devant du fémur, à l'union de la base du col de l'os avec le corps. Séparées par des sillons très-anfractueux, elles sont couvertes de trous arrondis, vasculaires, très-fins, visibles en partie à l'œil nu, mais bien plus visibles à la loupe, et rappelant les myriades de trous apparents à la surface des madrépores. Ces trous sont remplis de vaisseaux et de matière organisable sécrétée par le périoste enflammé. Je possède des exemples nombreux et variés de ces sécrétions périostiques, parfaitement ossifiées. Sur le fémur que je décris, elles sont cependant moins dures et moins cassantes que le tissu osseux parfaitement sain, ou ossifié depuis longtemps.

De semblables sécrétions périostales ossifiées s'observent derrière et au-dessous du petit trochanter. Elles forment une série qui se prolonge inférieurement en ligne irrégulière, pour se réunir en bas en formant un V avec la série des sécrétions précédentes. Dans la partie inférieure de ce V le fémur, dépouillé de sa surface nécrosée par un travail d'élimination, laisse voir du tissu canaliculaire assez distinct, évidemment dilaté par l'inflammation. Je reviendrai sur cette ostéite *sous superficielle*, si je puis parler ainsi.

Digitized by Google

De nouvelles sécrétions périostiques s'observent depuis le milieu de la longueur du fémur jusqu'à un ou deux travers de doigt de ses condyles. Sur la surface antérieure de l'os elles affectent la forme d'un amas de gouttelettes irrégulières concrétées. Mais en dedans, en dehors et en arrière de l'os, où se trouve le séquestre laminé ou cortical que j'ai décrit plus haut, la plupart des sécrétions périostiques forment des lames osseuses, disposées en réseaux irréguliers, déchirés par de grandes ouvertures. Les lambeaux de ces réseaux forment deux appendices très-saillants qui expliquent très-bien les piqûres profondes que le malade éprouvait lorsque les parties molles de la cuisse étaient poussées contre le fémur par une pression extérieure.

Les lames osseuses réticulées dont je viens de parler, sont d'ailleurs criblées de trous vasculaires et de la même consistance que les autres sécrétions périostales.

Les sillons, les ouvertures et les canaux vasculaires se montrent augmentés et multipliés dans une foule de points; mais surtout aux environs des sécrétions périostales, sur les surfaces rugueuses où s'est accomplie l'élimination d'un séquestre où se sont développées une inflammation et une ulcération éliminatoires. Partout où il y a eu ostéite s'observent ces caractères matériels dans les ouvertures, les sillons et les canaux vasculaires dont les os sont criblés et creusés, comme nous l'avons démontré ces années passées, en 1835 et 1836. L'os que nous a envoyé M. Ballot fournit une nouvelle démonstration de ces vérités, comme il a prouvé l'exactitude de ce que nous avions avancé au sujet des caractères de la nécrose et des sécrétions périostales.

Les ouvertures vasculaires du tissu compacte, les seules dont il s'agisse ici, sont évidemment plus nombreuses et plus sensibles sur presque tous les points du corps de l'os; mais il faut se servir d'une lentille, peu forte, pour les bien apercevoir et les bien distinguer. C'est bien évident pour les sillons vasculaires; ils abondent vers les sécrétions périostales, et sont d'autant plus profonds et plus manifestes qu'ils sont plus près de ces sécrétions. Ils dégénèrent même en canal en y parvenant. On les voit arriver en lignes droites, de bas en haut, vers les sécrétions périostales supérieures qui forment un V en descendant l'une vers l'autre, depuis les deux trochanters. Ils affluent de haut en bas au contraire vers les sécrétions osseuses inférieures.

Les sillons vasculaires sont rendus plus manifestes par les sécrétions périostales versées et ossifiées sur les côtés et au-dessous des vaisseaux qu'ils renfermaient. Les ouvertures vasculaires sont plus apparentes et plus nombreuses dans ces sécrétions, parce que tous les os nouvellement formés contiennent plus de vaisseaux qu'ils n'en auront par la suite.

Il suffit de regarder à la loupe toutes ces dispositions pour reconnaître qu'elles sont telles que je les décris, et lorsqu'une fois on les a bien vues à la loupe on les reconnaît facilement à l'œil nu. Il en est de ces choses comme des personnes. On ne les distingue à de grandes distances et sans beaucoup d'attention que lorsqu'on les a vues de près et qu'on les connaît bien.

Les canalicules vasculaires sont visibles dans l'intérieur du tissu compacte du fémur, que nous décrivons, partout où la surface du tissu compacte a été nécrosée et ulcérée par une ostéite éliminatoire. Ils ne sont pas aussi manifestes sans doute que dans le tissu spongieux ou canaliculeux d'un os sain, comme l'extrémité supérieure du tibia sciée longitudinalement et en travers; mais ils sont très-distincts à la loupe pour les personnes auxquelles on les montre, sur la surface antérieure du col de l'os, soit dans l'angle en V des sécrétions sous-trochantériennes et sous-trochitériennes. Ils le sont encore pour des yeux habitués à les reconnaître sur les surfaces creusées par la nécrose au-dessus des condyles et derrière le fémur. Enfin, comme le docteur Ballot a scié le fémur en travers dans le milieu de sa longueur, on peut reconnaître que profondément, et même dans toute son épaisseur, le tissu compacte est parsemé de canalicules qui le raréfient. Cette disposition de canalicules coupés en travers, étant peu développées sur le fémur que nous décrivons, pourrait échapper encore à des yeux ou mieux à des esprits qui ne la connaîtraient pas. Mais les pièces que nous possédons, et dont nous présentons quelques échantillons à l'Académie montrant les mêmes faits dans un développement très-considérable, ne laisseront de doutes à personne.

Tous ces canalicules agrandis sont autant de témoignages matériels de l'inflammation profonde du tissu compacte. Ce sont si l'on veut des caractères anatomiques de cette inflammation, et ils sont dus eux-mêmes au développement des vaisseaux et des fluides graisseux qui les environnent. Dans l'état sain les canalicules du tissu compacte sont invisibles, même à la loupe. On ne les observe que dans le tissu, dit spongieux, qui n'est lui-même qu'un amas de canalicules, ainsi que nous croyons l'avoir démontré, en 1835, dans un mémoire sur la structure des os dans l'état sain.

Voyons maintenant comment se sont développées les altérations dont nous venons de donner l'analyse et de déterminer l'espèce ou la nature. Bien que cette question soit difficile et fort délicate, j'en tenterai la solution; au reste, mes explications ne sauraient nuire à l'exactitude des faits précédents, tout anatomiques. Voici donc comment je crois que les choses se sont passées.

Je pense que sous l'influence du froid humide

Digitized by Google

auquel Jolly était exposé depuis un an par sa profession, le périoste du fémur et de l'os iliaque, et peut être les parties molles articulaires de la jointure de la hanche, et les muscles de la cuisse ont été pris d'un rhumatisme inflammatoire dès le moment où le malade a éprouvé de la douleur au genou; que le périoste s'est décollé, soit par suite de son affection, soit par suite de fluides sécrétés à la surface de l'os par cette membrane; que le périoste étant décollé la surface de l'os s'est nécrosée dans plusieurs endroits; mais qu'alors le périoste a sécrété des fluides organisables et ossifiables qui se sont peu à peu consolidés sous forme de stalactites mamelonnées et de réseaux déchirés fort irréguliers. Mais il paraît que ces fluides qui s'organisent et qui s'ossifient sont ceux qui touchent au périoste, car les sécrétions ossifiées se trouvent autour des portions nécrosées et par dessus, mais éloignées du séquestre, là où le périoste devait être refoulé par l'épanchement sous-jacent. C'est pourquoi l'on croyait autrefois que les ossifications dont nous parlons étaient produites par l'ossification du périoste lui-même. C'était une erreur. Aussi elles sont souvent fort épaisses, styliformes, bien que le périoste soit une membrane très-mince. Mais les séquestres de la surface des os ne sont pas ordinairement et ne sont peut-être jamais recouverts d'une manière étroite par les ossifications nouvelles.

Quoi qu'il en soit au reste de la formation des ossifications nouvelles désignées ici sous le nom de sécrétions périostales, la nécrose ne peut être que la suite du décollement et de l'affection du périoste, quel que soit d'ailleurs le mécanisme de ce décollement.

La nécrose comprise, il n'est pas plus difficile de concevoir l'inflammation éliminatoire qui a circonscrit et séparé les séquestres : C'est une inflammation analogue à celle qui se développe dans les parties molles autour de la plupart des corps étrangers, c'est une inflammation ulcérante et suppurante qui sépare, isole, détache par une sécrétion circonférentielle, et entraîne par la suppuration qu'elle produit le séquestre qui irrite les parties vivantes par sa présence.

Le développement des canaux vasculaires du tissu compacte érodé et comme rongé par l'inflammation ulcérante, est lui-même le produit de l'afflux et de la congestion du sang dans les vaisseaux des tissus enflammés. Il arrive alors dans les os ce que l'on voit arriver dans les parties molles enflammées où les vaisseaux se multiplient et prennent plus de développement. C'est en partie par la même raison que les sillons et les ouvertures vasculaires de la surface des os sont plus évidents.

La durée de cette affection est remarquable par sa brièveté. C'est que la maladie a marché rapidement pour une affection inflammatoire des os et du périoste. Ordinairement ces maladies sont beaucoup plus longues et diffèrent beaucoup de celle du malheureux Jolly. Mais, je ne sais pas si un os, qui a été réellement enflammé, revient jamais à son état primitif et jouit de la plénitude de la santé.

Ordinairement, l'os reste toujours sillonné de vaisseaux et criblé de trous vasculaires, quelquefois couverts de sécrétions périostales, raréfié et canaliculaires ou, au contraire, plus dense.

Quelquefois, il est le siége d'une sensibilité obscure, qui est parfois la source de douleurs profondes nocturnes, plus souvent l'os ne souffre pas, mais les parties molles circonvoisines, devenues par le fait de l'inflammation de l'os le siége d'une congestion sanguine et d'une susceptibilité habituelle plus ou moins prononcée, souffrent spontanément ou à la moindre pression.—D'ailleurs, de temps en temps, tous les hivers, par les froids humides, ou de loin en loin, au bout de plusieurs ou d'un grand nombre d'années, sous l'influence de l'humidité et du froid, d'un coup, d'un ébranlement général, par suite d'une chute, d'une secousse violente, quel quefois sans cause connue, il se développe un travail inflammatoire, tantôt dans le tissu cellulaire voisin de l'os malade, tantôt dans l'os lui-même. Quelquefois, c'est autour d'une portion nécrosée que l'os s'enflamme, quelquefois se carie, et il en résulte un abcès circonvoisin ou symptomatique, qui finit par s'ouvrir au dehors, tout près ou loin de sa source. Et, puis, quand la portion d'os nécrosée et éliminée, rejetée, quand la carie ou toute autre affection de l'os s'est guérie, si elle est susceptible de guérison, quand l'abcès lui-même a suppuré un certain temps, la suppuration se tarit et la guérison de l'abcès s'accomplit.

La guérison de l'abcès achevée, tous les symptômes inflammatoires disparus, les mêmes phénomènes peuvent se rencontrer plus tôt ou plus tard, au bout de plusieurs mois, d'un an, de vingt et trente ans, comme j'en ai de nombreux exemples, en sorte que si la maladie est longue, opiniâtre et probablement interminable, du moins elle n'a point la gravité d'une inflammation vive et aiguë du périoste et de l'os : la gravité de l'inflammation rhumatismale à laquelle a succombé le malade du docteur Ballot, malgré le traitement le mieux indiqué. M. Ballot, en effet, a bien saisi les indications à remplir, mais le mal, comme il arrive trop souvent, a été plus puissant que son art.

Je n'ai pas envisagé sous le point de vue historique le sujet qui vient de nous occuper; je le ferai dans les mémoires que je présenterai bientôt à l'Académie sur les maladies des os.

Messieurs, je ne terminerai pas ce rapport sans vous proposer d'adresser au docteur Ballot les re-

Digitized by Google

merciments de l'Académie pour le zèle qu'il met à lui transmettre ses observations, dont celle-ci n'est ni la première ni la dernière, et sans vous proposer de le porter sur la liste des candidats à la place de membre correspondant. Récompenser les étrangers laborieux et instruits est tout à la fois un acte de prévoyance et d'équité.

L'Expérience. — Mars 1840.

Académie des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles.

Cette compagnie a tenu le 6 mai, une assemblée destinée principalement au jugement des pièces envoyées au concours annuel, à la formation du programme de l'année suivante, etc.

Voici les résultats du concours sur la seule question qui puisse intéresser nos lecteurs. L'Académie avait demandé de :

« Déterminer par des expériences si les poisons » métalliques, tels que l'arsenic blanc (acide arsé» nieux) enfouis dans un terrain cultivé, pénètrent » également dans toutes les parties des végétaux » qui y croissent, et entre autres dans les graines » des céréales, et s'il y a du danger, pour la sûreté » publique, de répandre de l'acide arsénieux ou » d'autres poisons analogues dans les champs pour » y détruire les animaux nuisibles. »

M. Martens, rapporteur, a fait l'éloge du seul mémoire envoyé au concours; mais l'auteur ayant cultivé en pots, et non en pleine terre les céréales objet de son expérience, et n'ayant pas présenté d'analyse de leur graine, il a conclu à ce que la question fut remise au concours pour 1841; ce qui a été adopté.

Outre la question précédente, les suivantes sont proposées, dans la classe des sciences pour le concours de 1841 :

4e *Question.* — Exposer la théorie de la formation des odeurs dans les fleurs.

5e *Question.*— Déterminer par des expériences les anomalies qui peuvent subir les mouvements du sang dans les vaisseaux capillaires des animaux vertébrés, ainsi que la transformation des parties constituantes du sang chez ces animaux. Indiquer les causes qui y donnent naissance.

7e *Question.* — Un mémoire sur les vapeurs qu'émettent les métaux, sur le rôle que quelques physiciens prêtent à ces vapeurs dans certains phénomènes météorologiques.

8e *Question.*—Exposer les moyens les plus convenables pour établir dans les lieux habités une ventilation appropriée à la température qui doit y être maintenue.

Le prix accordé pour chacune de ces questions sera une médaille d'or de la valeur de six cents francs. Les mémoires doivent être écrits lisiblement en latin, français ou flamand, et être adressés, francs de port, avant le 1er février 1841, à M. Quetelet, secrétaire perpétuel.

L'Académie propose dès à présent les deux questions suivantes pour le concours de 1842.

1re *question.* — On demande un examen approfondi de l'état de nos connaissances sur l'électricité de l'air et des moyens employés jusqu'à ce jour pour apprécier les phénomènes électriques qui se passent dans l'atmosphère.

2e *question.* — Rechercher par de nouvelles expériences et par de nouvelles observations, l'influence que paraissent exercer sur la forme cristalline des corps, la nature et la température des milieux dans lesquels ces corps ont cristallisé.

Le prix pour le meilleur mémoire en réponse à chacune de ces questions, consiste en une médaille en or de la valeur de 600 francs.

Les mémoires doivent être adressés au secrétaire perpétuel, M. Quetelet, en observant les formalités académiques habituelles.

Nous trouvons les lignes suivantes dans *L'Émancipation* du 13 mai :

« Parmi les grands hommes dont la Belgique a le droit de s'énorgueillir, nous entendons toujours citer ceux dont le nom obtient le retentissement de la foule, ceux dont la gloire est pour ainsi dire vulgaire. Ainsi les généraux illustrés sur vingt champs de batailles, les artistes dont les chefs-d'œuvre font prosterner encore la multitude, les hommes politiques qui par leur génie ont changé la face du monde, voilà tous ceux que le peuple connaît, voilà ceux qu'il admire et qu'il aime. Il en est cependant quelques autres qu'il serait bon de lui faire admirer de même, parce que leur gloire, si elle a été moins brillante, a été bien plus utile à l'humanité, et parmi ces derniers noms il faut écrire surtout celui d'André Vésale, de Vésale qui, au XVIe siècle, fut le père de l'anatomie, et fit ainsi faire un pas immense à l'art de guérir, jusqu'alors si conjectural et si incertain.

» Vésale est bien plus qu'une gloire populaire, c'est une gloire du monde scientifique. Il appartenait au corps médical de la Belgique, et particulièrement aux médecins distingués de la ville de Bruxelles qui a vu naître André Vésale de prendre l'initiative de l'éclatant hommage qu'on doit lui rendre. Nous apprenons qu'une commission vient de se former dans le but de se procurer les moyens d'élever une statue à ce grand homme. Cette commission formée de médecins résidant à Bruxelles se propose de faire un appel à tous les médecins du monde, car il faut que l'hommage soit universel,

Digitized by Google

comme l'ont été les bienfaits dus au génie du célèbre anatomiste.

» Il y a dans une semblable idée, un sentiment qui honore trop les hommes qui l'ont conçue et qui s'accorde trop bien avec la manière dont nous pensons qu'il faut honorer les grands hommes, pour que nous ne nous empressions pas d'y donner la plus grande publicité. Nous sommes sûrs que ce noble appel ne restera point sans écho, et nous appelons de tous nos vœux le jour où, dans une imposante solennité, au milieu d'une foule de savants médecins qui nous seront venus de toutes les contrées du monde, la commission découvrira le monument qu'elle aura élevé à l'un des génies les plus créateurs, à l'un des hommes les plus utiles dont l'humanité puisse s'honorer et dont notre patrie puisse être fière.

» On nous assure que l'exécution de ce monument sera confiée à M. Eugène Simonis, dont les brillants succès ont eu tant de retentissement en Belgique et à l'étranger. La commission lui en a, dit-on, déjà demandé le projet. On peut donc être sûr que le monument sera digne de celui à qui on l'élève. »

Nous appelons de tous nos vœux la réussite de ce projet, et dès que la commission se fera fait connaître, nous ouvrirons, si elle le désire, une souscription dans nos bureaux, et nous recevrons les dons de ceux de nos abonnés de la province et de l'étranger qui voudront y prendre part.

La circulaire suivante vient d'être adressée par la commission médicale locale (sous la date du 25 avril 1840) *à Messieurs les médecins, chirurgiens et accoucheurs de la ville de Bruxelles.*

Messieurs,

La variole s'est manifestée à Bruxelles avec une certaine intensité; ses ravages n'ont pas encore cessé.

Plusieurs cas, suivis de décès, n'ayant pas été annoncés à la police, les mesures de précaution usitées n'ont pu être prises.

Nous avons lieu de croire que les médecins qui traitent cette maladie, ignorent les obligations que leur imposent l'arrêté royal du 18 avril 1818 et l'ordonnance de la Régence de Bruxelles du 18 novembre 1824.

Le collége des bourgmestre et échevins, informé de cette infraction, vient de nous inviter, par dépêche en date du 15 courant, à vous communiquer les dispositions de ces réglements qui vous concernent et auxquelles il est indispensable que vous vous conformiez.

Arrêté royal du 18 *avril* 1818. — Art. 17. — « Lorsque la petite vérole se manifestera dans quel-
» que maison, on sera tenu d'en donner, sur-le-
» champ, connaissance à la commission médicale
» de la province ou de la commune, et où il n'en
» existe pas, à l'autorité locale, afin qu'elle prenne
» les précautions nécessaires pour prévenir les pro-
» grès de la contagion.

Art. 18. — « On n'omettra, dans aucun cas, les
» fumigations avec le peroxide de manganèse, le
» muriate de soude et l'acide sulfurique, à l'effet
» de remédier à l'infection de l'air; chez les per-
» sonnes trop peu aisées, il y sera pourvu aux frais
» de la commune.

Réglement du 18 *novembre* 1824. — Art. 2. —
« Les médecins sont également tenus de faire im-
» médiatement, à la police, la déclaration des per-
» sonnes infectées qu'ils traitent.

Art. 2. — « Tous les individus qui auront subi
» la vaccine gratuitement, devront de nouveau, à
» l'époque de la suppuration, c'est-à-dire les hui-
» tième, neuvième ou dixième jour, être représen-
» tés à M. le vaccinateur, attendu que le certificat
» nécessaire ne sera délivré avant cette représen-
» tation. »

Cette mesure a pour but de constater le succès de l'opération, et le certificat doit indiquer cette circonstance essentielle et ne pas mentionner seulement, comme cela arrive souvent, que l'individu a été vacciné.

Convaincus, messieurs, de votre sollicitude pour tout ce qui touche à la salubrité publique, nous espérons que vous vous conformerez ponctuellement aux instructions précitées et que par votre concours nous parviendrons peut-être à extirper une maladie, qui ne fait encore que trop de victimes.

Agréez, Messieurs, l'assurance de notre parfaite considération.

Le secrétaire, D.r Lequime. *Le président*, H. J. Vanden Corput.

— La question de l'opportunité de la révaccination de l'armée vient d'être soumise aux médecins principaux militaires réunis à cet effet à Bruxelles. Ils se sont prononcés pour l'affirmative.

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

HOPITAL MILITAIRE DE NAMUR.

RÉFLEXIONS A L'OCCASION D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ DANS LA GARNISON DE NAMUR PENDANT LES MOIS DE SEPTEMBRE ET D'OCTOBRE 1839;

Par le docteur MASIUS, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Namur.

Mon but, en publiant ce travail, est de passer en revue quelques opinions tant pathologiques que thérapeutiques, qui, malgré l'autorité du nom de leurs auteurs, ne me semblent pas suffisamment fondées. Je les essaierai dans cette intention à la pierre de touche des faits que je présenterai aussi complets que possible. Je ne me flatte pas de porter tout d'abord la conviction dans les esprits; je m'estimerai heureux, si, ayant excité du doute sur la vérité des points en contestation, je parviens à provoquer de nouvelles recherches.

La *fièvre typhoïde* a été envisagée sous des points de vue très-différents comme le prouvent les dénominations diverses qu'elle a reçues. Elle est connue sous les noms de *fièvre putride, muqueuse, entéro-mésentérique, gastro-entérite-adynamique, dothinentérie, iléo-diclydite*, etc., d'après l'idée qu'on se faisait de sa nature, d'après les caractères symptomatiques prédominants et les lésions anatomiques les plus constantes qu'elle a présentées. Quant à nous, nous préférons lui laisser le nom de *fièvre typhoïde*, sous lequel elle a été désignée par Chomel, Louis, etc., comme ne préjugeant rien sur sa nature; les divers ordres symptomatiques n'étant pas constants, nous croyons qu'il est peu rationnel de leur emprunter une dénomination, qui fait toujours supposer qu'ils sont la source primitive de tous les phénomènes morbides.

La fièvre typhoïde, qui avait été rare à l'hôpital de Namur pendant les deux premiers mois du 2e semestre 1839, prit subitement une grande extension vers le milieu du mois de septembre. Assez bénigne à son apparition, elle revêtit à la fin du mois, et dans tout le courant d'octobre, en même temps qu'elle se montra sous une forme épidémique, un caractère excessivement grave; l'épidémie cessa subitement sur la fin d'octobre, en sorte que dans le mois de novembre un seul cas, offrant toutefois la plus grande gravité, s'est manifesté.

Elle attaqua au début principalement les sujets neufs, bien constitués, entrés depuis peu au service et qui n'avaient par conséquent pas séjourné dans les hôpitaux pour d'autres maladies; plus tard, plusieurs sujets qui avaient quitté récemment l'hôpital, où ils avaient subi un traitement antigaleux, en furent atteints, et elle sembla un moment vouloir se propager dans l'intérieur de l'établissement, car la division des blessés en a fourni plusieurs cas.

Elle était loin de se comporter de la même manière chez tous les sujets; elle a offert des variétés tant sous le rapport des diverses formes sous lesquelles elle s'est présentée, que sous celui des complications plus ou moins graves qu'elle a offertes.

Ses symptômes les plus fréquents et les plus communs furent les suivants: avant l'invasion, malaise général, lassitudes accompagnées, chez presque tous, de diarrhée, qui, ayant duré pendant cinq à six jours, était remplacée par la constipation, ou alternait avec elle. A leur entrée à l'hôpital, qui avait ordinairement lieu vers le cinquième jour de l'invasion, on remarquait : stupeur de la face, vertiges, bouche pâteuse, langue collante, glabre; face contractée, forte corrugation des muscles sourciliers, caractère tellement constant qu'il ne faisait jamais défaut; conjonctives injectées, yeux chassieux, joues bistres, sillon labio-nasal fortement dessiné; ventre ballonné; régions iliaques tendues, et offrant sous la pression et la percussion un gargouillement très-marqué qui était cependant plus constant dans la région iléo-cœcale; urines rouges, rares et acides; pouls large et mou; peau sèche et aride; plus tard, vers le 2e septénaire, la stupeur se caractérisait davantage; la langue, les dents, les lèvres devenaient fuligineuses, les selles plus abondantes et plus fétides; urines quelquefois

Digitized by Google

alcalines, exhalant une odeur pénétrante d'hydrogène sulfuré; rêvasseries délirantes, insomnie, soubresauts des tendons, quelquefois convulsions; chaleur de la peau mordicante; pouls petit, faible, fréquent. Enfin, circonstance digne de remarque, les taches rosées, lenticulaires, que les auteurs disent être un phénomène caractéristique de la fièvre typhoïde, manquaient souvent et ne se montraient qu'exceptionnellement vers le 7e jour de l'invasion, et encore cette éruption était peu nombreuse. Peu de malades ont offert des épistaxis, et l'apparition des sudamina, dont l'existence était plus constante que celle des taches typhoïdes, se faisait presque constamment à la suite de copieuses sueurs. Le sang tiré des veines était peu consistant et ordinairement dépourvu de couenne. Chez un grand nombre, la maladie a, dès son début, revêtu la forme ataxo-adynamique, et était principalement caractérisée par une peau sèche, le regard incertain, une face stupide, une langue croûteuse, fissurée, et un délire tranquille qu'accompagnait surtout le paroxysme vespertin; pouls petit, soubresauts des tendons, carphologie, et quelquefois agitation convulsive; hallucinations, pupilles contractées, coma vigil, tentatives répétées de fuir, de se lever et de sortir du lit; les piqûres des saignées et les morsures des sangsues, lentes à se cicatriser, étaient entourées d'un cercle violet. Bientôt prostration très-prononcée; traits de la face profondément altérés; langue, dents, lèvres enduites d'un enduit noirâtre, épais; anesthésie profonde, pouls très-faible, coucher invariable en supination; somnolence, gangrène et ulcération des parties habituellement comprimées; aspect blafard des plaies des vésicatoires. Chez quelques uns, on observa au bout de peu de jours les phénomènes d'une véritable fièvre putride parvenue au plus haut degré, tels que, haleine cadavéreuse, affection gangréneuse des gencives, qui n'était précédée ni accompagnée d'aucun symptôme inflammatoire; écoulement fréquent par la bouche d'un sang fluide et ténu, apparition de pétéchies sur les membres, profonde adynamie; chez un, la gangrène avait envahi les deux joues. Un petit nombre, d'un tempérament lymphatique exagéré, a présenté la forme muqueuse, et on remarquait, outre les symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde, empâtement considérable du ventre, diarrhée muqueuse, obtusion des sens, aversion pour les aliments; langue recouverte d'un mucus gluant, épais; lenteur excessive dans la marche de la maladie qui n'avait aucune tendance à l'ataxie. C'est ici le cas de faire remarquer que, bien que la fièvre typhoïde soit susceptible de revêtir diverses formes, il est cependant peu conforme à l'observation clinique de vouloir y rapporter toutes les fièvres continues des auteurs, et de ne considérer les fièvres muqueuses, bilieuses, inflammatoires, etc., que comme des variétés d'une même affection. En faisant avec attention une étude comparative des différentes causes, de la symptomatologie, de la marche de ces diverses maladies et de la fièvre typhoïde, on ne tarde pas à être convaincu qu'il n'existe pas la moindre parité entre elles. Il est vrai que souvent, lorsqu'elles règnent épidémiquement, simples au début, elles peuvent plus tard revêtir le caractère typhoïde, mais alors leur nature a changé, et elles se sont transformées en de véritables fièvres typhoïdes.

La marche de la maladie a été la même chez la plupart, et la durée n'était, terme moyen, que de dix-neuf à vingt et un jours; néanmoins ce terme a offert des exceptions. On a aussi remarqué que, quel que fût le traitement employé, il a exercé peu d'influence sur la durée et la marche de la maladie qui a toujours parcouru imperturbablement ses périodes; l'amélioration était toujours graduelle, et nous n'avons pas observé ces crises salutaires, soit par les selles, soit par les urines, ou les sueurs qui sont promptement suivies de la cessation de tous les phénomènes morbides.

Les complications que nous avons observées étaient les inflammations des organes thoraciques. La bronchite et la pneumonie la compliquaient fréquemment, et en l'aggravant prodigieusement, ont retardé manifestement la guérison des uns, et hâté la terminaison funeste des autres. La dernière mérite d'autant plus de fixer l'attention, que souvent dans cette maladie sa présence est masquée au début par des symptômes qui se retrouvent également dans la fièvre typhoïde simple. Il est à noter que cette pneumonie intercurrente survint le plus souvent au deuxième septénaire, par conséquent à une époque avancée de la maladie, où l'organisme étant considérablement débilité, ne peut plus tolérer le moyen héroïque qui se montre si efficace lorsqu'il est employé à propos.

L'affaiblissement musculaire, l'hébêtement des traits, quelquefois le gargouillement et un désordre particulier de l'intelligence se sont continués au delà de la disparition des autres symptômes, et ont souvent accompagné et dépassé la convalescence. Nous avons vu chez un individu le délire persister dans cette période durant huit jours et disparaître graduellement en raison de l'alimentation plus abondante et de l'énergie plus considérable des fonctions nutritives. Ceci prouve évidemment que le délire dépendait dans cette circonstance de la faiblesse des fonctions du cerveau, dont on trouve la cause dans un sang trop pauvre pour que les organes eussent pu y puiser les éléments nécessaires à l'accomplissement libre et régulier de leurs fonctions.

Le traitement qu'on a employé était tout à fait rationnel; c'est-à-dire on a évalué les symptômes, apprécié les diverses formes sous lesquelles la maladie s'est offerte et eu égard à la période à laquelle elle était parvenue. A cette occasion M. Fallot, dans ses instructives conférences cliniques, s'est

Digitized by Google

hautement élevé contre l'emploi d'une méthode uniforme de traitement dans une maladie qui présente des indications si diverses à remplir.

Ce savant médecin, se fondant sur une longue expérience, rapprochée en outre de ce qu'il a vu ailleurs, et sur la comparaison des résultats obtenus dans différentes épidémies par les saignées faites coup sur coup et par l'usage d'une médecine rationnelle, n'approuve pas la pratique de M. Bouillaud, et de tous les partisans d'une méthode exacte et exclusive; car l'adoption de pareils principes, outre qu'elle entraînerait dans le scepticisme et l'empirisme, donnerait infailliblement lieu à des abus considérables : aussi, tenant ce fait pour constant, nous ne concevons pas les succès vraiment prodigieux que l'on dit obtenir par l'emploi d'une formule si évidemment spoliatrice dans une maladie où l'axe cérébro-spinal étant si profondément atteint dès son début, l'action vitale devient bientôt si languissante, et où, par suite, l'altération et la dissolution des éléments organiques sont imminents et existent souvent dès le début, à moins qu'on ne range parmi les fièvres typhoïdes des maladies qui n'ont avec elles aucune ressemblance et que la nature seule conduit le plus souvent à bien. On conçoit qu'il est excessivement irrationnel de soumettre à une méthode uniforme de traitement une maladie qui présente des formes et des complications si variées.

Il suffit de les avoir observées attentivement, ainsi que la régularité et l'opiniâtreté avec lesquelles la maladie poursuit sa marche et parcourt ses phases, en dépit des traitements variés qu'on lui oppose, pour être convaincu de ce qu'il y a d'exagéré dans les assertions de ceux qui prétendent la juguler par les saignées coup sur coup, et combien cette expression juguler appliquée à la fièvre typhoïde est impropre.

Dans l'épidémie que nous avons observée, les antiphlogistiques, les purgatifs, les toniques, les révulsifs ont tour à tour trouvé leur application suivant les circonstances; c'est ainsi que dans les premiers jours de la maladie, quand le malade était jeune et robuste, la fièvre forte, on a eu recours à l'emploi de la saignée générale plus ou moins abondante et répétée une ou deux fois suivant les circonstances. L'application renouvelée de sangsues a combattu efficacement les congestions locales existant dans les trois cavités splanchniques; les boissons adoucissantes acidulées, des lavements émollients fréquemment répétés, des compresses imbibées d'eau fraîche sur le front et le synciput, les bains tièdes ont complété le traitement antiphlogistique. Les purgatifs et les vomitifs ont quelquefois été employés avec succès au début chez le petit nombre de ceux qui ont offert la forme muqueuse.

Employés, soit dans toute autre période, soit dans une forme différente, ils ont complétement échoué. Dans la forme adynamique, soit qu'elle fût primitive, soit qu'elle fût consécutive, les limonades vineuses et sulfuriques, le vin mélangé avec la teinture de cannelle, la décoction de quinquina et les vésicatoires ont rendu des services réels. Les chlorures tant vantés par Chomel et les autres toniques, dans le but de corriger l'empoisonnement septique des humeurs et de relever les forces de l'organisme, n'ont pas été employés, car le peu de succès que M. Fallot en avait retirés dans des épidémies précédentes n'était pas de nature à encourager à reprendre leur emploi. Dans la période ataxique les secours étaient complétement incertains et aucune médication n'a paru améliorer l'état des malades. Le camphre, la valériane, l'acétate d'ammoniaque et d'autres nervins n'ont remédié en aucune manière aux accidents ataxiques. Quant à la bronchite et à la pneumonie qui ont souvent compliqué d'une manière si fâcheuse la maladie dans la seconde période, où l'adynamie était profonde et par ce motif les évacuations sanguines impuissantes et nuisibles, le tartre stibié employé suivant la méthode rasorienne, modifiée toutefois, a exercé une influence salutaire, et il est à remarquer que ce médicament a été parfaitement toléré et a agi comme un véritable hyposthénisant du poumon.

De trente individus atteints de fièvre typhoïde bien caractérisés, et qui ont été traités suivant les principes indiqués ci-dessus, il en est mort cinq, par conséquent un sur six.

En 1848, lors d'une épidémie excessivement grave qui a régné dans la même garnison, le traitement ayant spécialement eu lieu par les émissions sanguines tant générales que locales suivant la formule de M. Bouillaud, la mortalité a été de un sur quatre. Notre intention n'est pas d'attribuer exclusivement le succès qu'on a obtenu dans la dernière épidémie à la méthode que j'appelle rationnelle qu'on a employée; car nous n'ignorons pas que chacun, pour pouvoir proclamer sa méthode la meilleure, apporte à l'appui un chiffre très-favorable; que, d'autre part, en l'absence même de tout traitement, quelques médecins ont obtenu au moins des résultats aussi avantageux, et qu'en outre les circonstances individuelles, et les constitutions épidémiques exercent une influence non contestée sur le mode d'action des mêmes médicaments dans des maladies identiques. Quel est le médecin qui n'ait pas vu dans une épidémie échouer un médicament qui avait pourtant si bien réussi dans une autre avec laquelle elle semblait avoir beaucoup d'analogie? C'est aussi en partie à cette circonstance que nous croyons devoir attribuer la différence immense dans le résultat du chiffre de la mortalité. Quand on réfléchit à ce qui précède, on peut apprécier à leur juste valeur les prétendus succès que chaque auteur attribue à sa méthode, et les lois thérapeutiques qu'ils en déduisent, lois qui

Digitized by Google

sont fondées simplement sur le nombre des décès et des guérisons, sans qu'ils tiennent compte de tant de circonstances diverses qui ont pu aggraver ou atténuer la maladie.

Des cinq qui sont morts, un a présenté une complication excessivement rare; c'est-à-dire le développement d'un emphysème cutané général qui a été lui-même l'effet d'un emphysème interlobulaire sous-pleural, ainsi que l'a attesté la section cadavérique; un autre a offert une affection gangréneuse, qui, ayant envahi la presque totalité des deux joues, était l'expression d'une désorganisation putride générale des humeurs et des solides, et a dû nécessairement résister à tout traitement énergique qui lui a été opposé dès le début.

Chez deux, il existait une complication évidente de pneumonie qui n'était pas ici l'effet d'une stase sanguine, ou de la transsudation d'un sang liquide et ténu à travers les pores des vaisseaux; j'en juge ainsi, parce qu'elle n'occupait qu'un seul poumon, que les lésions fonctionnelles et cadavériques ne différaient pas de celles que présente ordinairement une pneumonie franche, et que le parenchyme où la fluxion s'était portée était, quoique plus dense, manifestement moins résistant à la pression et la traction que les parties voisines. — Enfin, le dernier a succombé à l'état adynamique le plus complet qui s'était annoncé dès le début par une chute complète des forces musculaires, une décomposition rapide des traits, la lividité de la face, les yeux caves et ternes joints à une indifférence complète, à la flétrissure de la peau et au peu d'énergie de la circulation et de la calorification; ensemble de symptômes qui simulait un état voisin du choléra; cependant la marche de la maladie et les autres phénomènes propres à la fièvre ont suffisamment éclairci le diagnostic.

La lésion cadavérique la plus constante était l'inflammation et l'ulcération des glandes de Peyer et de Brunner situées principalement vers le tiers inférieur de l'intestin grêle, autour de la valvule iléo-cœcale et occupant même quelquefois tout le cœcum. Un seul cependant n'a pas offert cette condition anatomique qui est regardée comme tellement caractéristique de la fièvre typhoïde que quelques auteurs n'hésitent pas à renvoyer dans la classe des fièvres typhoïdes *simulées* les cas où elle ne se rencontre pas, quoique l'identité parfaite des symptômes pendant la vie eût fait supposer une ressemblance non douteuse des altérations cadavériques.

On sent tout ce que cette manière de raisonner a de spécieux; car il me paraît très-irrationnel de ne pas comprendre dans le même cadre nosologique les maladies qui, observées dans la même épidémie, ont présenté une identité parfaite sous tous les rapports, sauf quelque différence dans les recherches nécroscopiques. Ainsi cette opinion n'a pour elle, ni la sanction des faits, ni celle du raisonnement.

Pour confirmer l'exactitude de ce que nous avons avancé plus haut et pour qu'on puisse juger de la ressemblance parfaite des symptômes caractéristiques qu'ont présentées durant la vie les fièvres typhoïdes, dont le résultat de l'ouverture cadavérique était si différent, nous allons présenter quelques extraits d'observations qui ont été recueillies avec le plus grand soin sous la dictée de M. Fallot dans le cours de la même épidémie, en présence d'un nombreux concours de médecins.

I. *Fièvre typhoïde ataxique compliquée de pneumonie; absence de lésion des glandes de Peyer.*

Bateus, petit, roux, imberbe, 21 ans, habituellement bien portant, entra à l'hôpital le 7 octobre, étant au cinquième jour de sa maladie. Elle a débuté par la diarrhée.

A son entrée, tête vertigineuse, sentiment d'ivresse, lassitudes et douleurs dans les membres, extrême sensibilité au froid, anorexie, nausées, respiration libre, peau chaude, sèche, pouls dur, serré, autour de 100; clapotement énorme dans le trajet du colon. (Saignée de trois palettes qui donne un sang mou.) Le malade se trouve soulagé par cette opération; la nuit est bonne; pas de selles; le mal de tête et des membres diminue.

Le 8, à la visite, tête toujours vertigineuse, face colorée, langue rouge au pourtour et à sa pointe, blanche, ponctuée sur le corps, sèche partout ailleurs; soif forte; lèvres crevassées, sèches; respiration accompagnée de râles sibilants (seize sangsues sur le trajet du colon; boissons émollientes).

Le 9, épistaxis durant la nuit; une selle très-liquide; urines fauves, acides et copieuses; langue sèche et glabre. (Bain général).

Persistance de cet état pendant plusieurs jours; le onzième jour, face meilleure, esprit toujours découragé, continuation de la diarrhée; le malade rejette quelques crachats teints de sang; l'auscultation de la poitrine fait toujours entendre quelques râles sibilants à droite et en bas, pouls redondant, autour de cent. (Limonade végétale gommée.)

Du onzième au dix-huitième jour, stupeur plus profonde de la face, journées et nuits agitées; soubresauts des tendons, délire; râles ronflants accompagnés de râle crépitant dans toute l'étendue du poumon droit; ventre ballonné, tympanique; selles rares; clapotement retentissant dans tout le trajet du colon; expectoration muqueuse. (Eau de Sedlitz.)

Le 20, journée et nuit extrêmement agitées, pas un instant de sommeil; délire sans intervalles, tentatives répétées de fuir, lèvre supérieure gonflée, gencives mollasses, langue brune, glabre, fendillée, râles crépitants, crachats sanglants, deux selles pultacées dans les 24 heures. (Limonade sulfurique,

Digitized by Google

infusion de valériane, collutoire avec le borax et le miel rosat.)

Vers le vingt-troisième jour face plus stupide, parole embarrassée, yeux égarés, hallucinations, délire non interrompu, tremblement des membres et carphologie; lèvres, dents et nez fuligineux; pouls à 120; yeux chassieux, pupilles contractées; apparition d'une quantité innombrable de pustules sur le ventre, pas de selles; persistance du gargouillement; apparition des taches gangréneuses sur le sacrum et les trochanters. (Même prescription; lavement avec l'infusion de camomille; vésicatoires aux mollets.)

Le 24, convulsions générales, violentes; coma profond interrompu de temps en temps par du délire; bouillie sanglante occupant les fosses nasales; pouls petit, à 110; l'haleine du malade est extrêmement fétide, et toute l'atmosphère qui l'entoure exhale une odeur gangréneuse très-pénétrante, urines copieuses, pas de selles. (Potion composée de sulfate de quinine gr. viij, acide sulfurique gr. ij, eau de tilleul ℥v, sirop d'écorce d'orange ℥i.)

Le 25, face cadavéreuse, lambeaux grisâtres dans l'arrière bouche, nez bleuâtre, râles laryngés; mouvements convulsifs agissant sur tout le corps, pouls petit, profond, à 120; il s'écoule continuellement par le nez un ichor fétide; pouls insensible, froid des extrémités; mort à six heures du soir.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Les sinus de la dure-mère sont fortement injectés; une petite quantité d'un liquide séreux, clair, est épanché entre la dure-mère et l'arachnoïde; du reste rien d'anormal.

Poitrine. — Plusieurs onces de sérosité trouble sont épanchées dans la cavité pleurale; le lobe moyen du poumon droit est hépatisé; les deux autres sont engoués. Le poumon gauche est engoué dans toute son étendue sans altération de sa consistance.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac est pointillée de rouge; celle de l'intestin grêle est fortement arborisée dans presque tout son trajet; cette rougeur est surtout manifeste au tiers inférieur; la même couleur se continue dans tout l'intérieur de l'intestin cœcum; la consistance de la tunique interne n'avait rien perdu de son état physiologique; les gros intestins présentent une injection manifeste qui n'est pourtant pas uniforme, et est séparée par des intervalles où la tunique est saine.

Voici un autre cas de fièvre typhoïde dans lequel l'altération des glandes de Peyer n'était aucunement appréciable.

II. Dehaen entra à l'hôpital, le 8 juin 1839, atteint d'une fièvre typhoïde qui était déjà parvenue à son dernier période. Elle était caractérisée par une stupeur profonde, une altération considérable des traits de la face, la résolution des membres; peau insensible aux essais de pincement; parlage continuel et inintelligible; langue sèche, fuligineuse, soubresauts des tendons, carphologie, gargouillement dans les fosses iliaques; selles involontaires, aqueuses et fréquentes; pouls petit, faible; yeux ternes et caves; météorisme; mort le 4e jour de son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva le cerveau et les organes thoraciques sains; la tunique interne de l'intestin grêle présente une rougeur uniforme dans ses deux tiers supérieurs; la consistance et l'épaisseur sont comme dans l'état normal; rougeur partielle dans les gros intestins; léger développement des glandes de Bruner; sang noir et non coagulé libre dans l'intestin.

III. *Fièvre typhoïde ataxique compliquée de pneumonie; altération des glandes de Peyer.*

Vandercuren, taille moyenne, cheveux blonds, tissu cellulaire abondant, formes féminines, n'ayant qu'un peu de poil follet quoiqu'ayant vingt ans, habituellement bien portant, entre à l'hôpital le 21 octobre. Il rapporte qu'il est malade depuis trois jours, qu'il est constipé, tourmenté par des coliques et des envies de vomir; face altérée, peau jaune, langue sèche, rugueuse, acuminée; sentiment de constriction et de pesanteur à la région précordiale; ventre légèrement tendu, gargouillement à droite, peau sèche, pouls concentré autour de 100.

Le 22, à la visite, tête pesante, découragement, peau terne, sensation de constriction à la poitrine. On signale du râle muqueux dans le lobe supérieur d'un poumon (saignée de trois palettes par laquelle on obtient un caillot surmonté d'une couenne pleurétique épaisse). Dans la soirée le malade respire avec plus de facilité; mais son esprit reste inquiet, son humeur triste. Pendant la nuit, toux sèche, quelques mucosités teintes de sang sont rejetées avec difficulté.

Le 23, à la visite, pommettes colorées, peau de la face terne; langue pointue, rouge, soif forte; le râle s'entend en arrière, surtout à gauche; percussion sonore, pouls égal et régulier, à 100; le clapottement à droite est éclatant; le malade a eu trois selles liquides; urines très-copieuses, brunes, acides (nouvelle saignée; dix sangsues sur le trajet du colon transverse). Vers le soir, redoublement accompagné de chaleur âcre de la peau; nuit tranquille; une selle consistante de purée claire d'un brun rougeâtre, semblable à du sang altéré; expectoration safranée; épistaxis pendant la nuit.

Le 24, à la visite, face terreuse, contractée, joues bistres, langue sèche, soif modérée, râle sibilant à gauche, pouls autour de 110, concentré; la pression sur le ventre excite un énorme clapottement à droite, les urines sont troubles et acides

Digitized by Google

(boissons acidulées et gommées ; lavement avec une infusion de camomille).

Du 25 au 2 novembre, journées et nuits agitées; rêvasseries sans intervalles, des selles comme de la purée claire ; urines fauves, sédimenteuses privées d'acidité; forte corrugation des muscles sourciliers; joues bistres, langue acuminée, humide, rosée; râles secs dans le poumon gauche; température normale, pouls irrégulier, concentré, autour de 100; quelques taches lenticulaires, ventre mou, indolent; gargouillement énorme dans la fosse iliaque droite. (Tisane aromatique; liniment volatil camphré.)

Le 2, à la visite, agitation alternant avec coma, intelligence confuse, éruption pustuleuse sur la face; langue rosée, striée en blanc; carphologie, respiration râleuse, expectoration visqueuse, pouls à 120, petit, ventre tympanique (même prescription ; on y ajoute huit grains de calomélas et un vésicatoire à chaque cuisse). Journée et nuit agitées ; chants, cris, tentatives de fuir; deux selles de consistance modérée, brunes, rendues sans conscience; urines brunes, acides, en partie involontaires.

Le 4, à la visite, coma vigal, face altérée, terreuse; langue rosée, humide; déglutition facile, respiration égale, pure actuellement à gauche et dans la partie supérieure du poumon droit ; convulsions rares, pouls autour de 110, faible, profond; ventre tympanisé, sans gargouillement (calomélas, huit grains). Dans la soirée, pommettes d'un rouge violacé, respiration inégale, jactation excessive, crachats glutineux ramenés avec peine dans la bouche; pouls petit; à la partie postérieure de la poitrine on n'entend aucun râle; postérieurement, au contraire, de la crépitation partout (six grains de tartre stibié dans ℥vi de véhicule; lavement au séné). Une heure après l'administration du lavement et avant celle de l'émétique, selles grumeleuses, abondantes ; une seconde selle de même nature est lâchée avec conscience vers onze heures du soir; le sel d'antimoine n'a provoqué ni vomissement ni nausées ; nuit agitée ; tentatives répétées de fuir.

Du 4 au 7, même état; continuation du tartre émétique.

Le 8, à la visite, coucher en supination, yeux fermés ; sur les deux joues, au-dessus du menton, au-dessous du nez se pressent des milliers de petits boutons rouges ; la peau est pâle et terreuse ; pouls vacillant, irrégulier, incomptable; râle crépitant, sonore à la partie postérieure des cavités thoraciques; les plaies des vésicatoires ont perdu leur couleur animée ; il n'existe cependant pas encore d'eschares ; la respiration est gémissante, parfois stertoreuse ; de légers mouvements convulsifs agitent les muscles de la face, et par intervalles le malade mâchonne ; apparition des furoncles sur le ventre (suppression de l'émétique).

Le 9, respiration bouillonnante, inégale (vésicatoires volants sur la poitrine; reprise de l'émétique). Le redoublement vespertin est accompagné de menaces incessantes de suffocation ; les plaies des vésicatoires sont sèches; les pustules, qui s'étaient montrées sur le sacrum et les trochanters sont remplacées par autant de taches gangréneuses. Nuit agitée; malgré son excessive sensibilité au froid, le malade repousse ses couvertures (25 centilitres de vin chaud). Nuit affreuse, agitation incessante, cris perçants ; trois petites selles poisseuses ; urines écumeuses, rares, légèrement acides.

Le 11, esprit présent, yeux éteints, pommettes violacées, langue humide, pointue, respiration saccadée, râleuse ; pouls filiforme, misérable, hâté; ventre excavé ; surfaces des vésicatoires blafardes; coalescence des points gangréneux constituent des plaques. Dans la journée survient une diarrhée accompagnée de ténesme; à chaque besoin le malade exprime quelques flocons de mucus verdâtre.

Le 12, agonie, vomissement de tout ce qu'il prend ; mort à 11 heures du soir.

Autopsie faite trente heures après la mort :

Crâne. Injection très-forte des meninges; léger pointillé rouge de la substance blanche du cerveau; les ventricules contiennent quelques cuillerées de liquide tel qu'on en trouve après tous les genres de mort indistinctement ; la substance cérébrale examinée avec soin ne présente aucune altération.

Poitrine. Adhérence de formation récente du sommet du poumon droit aux côtes. Le tissu pulmonaire droit est considérablement augmenté de consistance ; le bord postérieur et sa base sont surtout denses, compactes et présentent une couleur uniformément rouge; sa friabilité est très-marquée, et, en incisant son tissu, il en découle un liquide d'une teinte d'un gris cendré, qui ressemble assez à du véritable pus ; mais le poumon ne présente pourtant pas cette couleur grise qui coïncide presque toujours avec la présence du pus dans son intérieur, et a fait donner à ce genre d'altération le nom de ramollissement gris. Le lobe inférieur du poumon gauche a offert ce degré d'inflammation que l'on a désigné sous le nom de ramollissement rouge.

Abdomen. Les parois de l'estomac sont très-épaissies; sa surface interne, mamelonnée dans toute son étendue, présente une teinte ardoisée uniforme ; la muqueuse épaissie et très-molle s'enlève en bouillie par un léger grattage. Les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle offrent des traces partielles d'injection et quelques plaques elliptiques isolées. Dans son quart inférieur et dans tout le cœcum existent de nombreuses ulcérations d'un rouge livide dont la plus grande partie est parfaitement arrondie et d'une régularité telle qu'on les dirait faites avec un emporte-pièce ; le fond, qui est brunâtre, est constitué par le tissu lamineux épaissi, les bords par la membrane muqueuse. En-

Digitized by Google

tre elles la muqueuse interne est vivement injectée et présente à sa surface un détritus rougeâtre assez semblable à de la lavure de chair. Cette même injection se continue dans une partie du gros intestin qui contient des matières très-liquides colorées en jaune. Voilà des exemples de fièvres typhoïdes bien caractérisées, car elles s'annoncent chacune en particulier par une série de phénomènes dont la présence suffit pour porter un diagnostic certain : jeunesse, céphalalgie; gargouillement dans les fosses iliaques, diarrhée, vertiges, stupeur, somnolence; météorisme, épistaxis, prostration très-marquée; eschares, fuliginosités des dents, des lèvres et de la langue; corrugation des muscles sourciliers, etc.; tels sont en effet les symptômes caractéristiques que ces malades ont présentés et auxquels personne ne méconnaîtra une fièvre typhoïde. Cependant, à l'autopsie, dans deux cas, aucune altération des glandes de Brunner et de Peyer, et aucune lésion qui puisse expliquer la gravité des symptômes observés pendant la vie. Par l'absence de ces lésions, quelques auteurs se croient autorisés à les rejeter hors du cadre des fièvres typhoïdes et à les reléguer parmi les fièvres simulées. Mais ceux qui observent sans idées préconçues sont *inévitablement* conduits à tirer la conclusion suivante : *c'est qu'il* n'est aucune des lésions isolées, ni aucune série des lésions combinées que l'on observe le plus souvent après la mort produite par la fièvre typhoïde, qui se rattache assez régulièrement à la gravité des symptômes observés pendant la vie, pour qu'on puisse toujours diagnostiquer avec certitude l'existence constante et la gravité des altérations anatomiques qu'on rencontrera si le malade vient à succomber, et à plus forte raison pour qu'on puisse regarder les lésions anatomiques comme le meilleur moyen de caractériser la maladie. Nous ferons en outre observer que dans la phthisie pulmonaire où souvent les follicules agminés ainsi que les glandes mésentériques s'affectent d'une manière analogue, on ne rencontre jamais la série des phénomènes qui révèlent l'existence de la fièvre typhoïde. L'observation clinique démontre donc évidemment que les diverses altérations du tube intestinal, bien qu'elles soient les plus fréquentes et les plus constantes, sont cependant loin de constituer et de caractériser seules la maladie, et qu'on est obligé d'admettre une cause de destruction plus générale dominant toutes ces lésions.

Après avoir démontré qu'il est impossible de localiser la fièvre typhoïde et qu'elle n'est ni une entérite folliculeuse, ni une dothinentérie, ni une iléo-déclydite, examinons si l'opinion qui consiste à la rattacher à la fois à une véritable altération du sang, et à une perturbation grave du système nerveux est plus fondée.

Pour éclaircir ce point, nous allons jeter un coup d'œil rapide sur les causes, les symptômes et les recherches expérimentales qui ont été tentées à cet égard.

1° *Causes*. Les causes de la fièvre typhoïde doivent être distinguées en primitives et secondaires.

Les causes primitives sont celles qui agissent directement sur la masse sanguine et le système nerveux, de manière à altérer le sang et à déprimer les forces vitales : telles sont en effet : un air froid et humide, les changements brusques de la température, l'air des prisons, des camps, des hôpitaux; les effluves provenant des matières végétales et animales en putréfaction; une nourriture insuffisante et insalubre; les fatigues tant corporelles qu'intellectuelles portées jusqu'à l'excès; la rétention ou le transport dans le sang des matières qui en doivent être éliminées par les émonctoires naturels. Comme le mode d'action de ces causes pour vicier le sang est aujourd'hui bien connu, nous jugeons inutile de nous en occuper de nouveau.

Nous désignons par causes secondaires celles sous l'influence desquelles la fièvre typhoïde se manifeste consécutivement à l'affection d'un autre organe à laquelle elle vient en complication. Parmi elles figurent toutes les maladies graves, mais principalement les inflammations du tube digestif, les plaies suites de grandes opérations chirurgicales, les métro-péritonites suites d'accouchements laborieux, les suppurations longtemps entretenues. Dans ce cas, en effet, il s'opère une véritable intoxication du fluide sanguin par suite de l'absorption des matières hétérogènes qui, engendrées dans ces maladies et transportées dans le torrent circulatoire, y font naître la série des symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde. De là on la distingue à juste titre en primitive et secondaire.

2° Elle offre dans les symptômes qui lui sont propres tous les caractères qui indiquent une intoxication du sang et une grave atteinte portée au système nerveux; en effet, la prostration des forces, la stupeur de la face, l'abattement moral, l'obtusion des sens dénotent un désordre assez grave du système nerveux; comme l'haleine fétide, les hémorrhagies passives qui s'établissent soit vers la membrane muqueuse, soit vers la peau; l'odeur infecte des sueurs, des urines et des selles; la fuliginosité des dents, des lèvres et de la langue; la chaleur âcre de la peau, l'apparition des eschares précédées d'aucun travail inflammatoire, se rattachent à la viciation du sang.

3° Les expériences faites par Bouillaud, Dupuy, Leuret, Gendrin, Magendie, etc., confirment l'opinion que nous avons émise sur la nature de cette fièvre. Les maladies que l'on suscite chez les animaux, lorsqu'on injecte dans leurs veines des matières végétales et animales putréfiées ou le sang d'individus déjà atteints de fièvre typhoïde, ont beaucoup d'analogie avec cette dernière.

Cependant, bien qu'il résulte clairement de ce qui précède, que la fièvre typhoïde dépend d'une

Digitized by Google

altération, soit primitive, soit consécutive du sang, et d'une atteinte portée au système nerveux en tant que source de tous les phénomènes qui la caractérisent, nous ne pouvons établir de similitude entre elles et les fièvres exanthémateuses, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, etc.

Ce qui caractérise principalement ces dernières, c'est que presque tous les individus doivent leur payer leur tribut, qu'elles sont surtout communes chez les enfants; qu'elles ne se produisent qu'une seule fois dans la vie chez le même; qu'à une époque régulière de leur cours apparait un exanthème caractéristique; qu'elles sont éminemment contagieuses, infectieuses, transmissibles par inoculation, et qu'un seul sujet atteint suffit pour constituer un foyer d'infection.

Si nous examinons à présent ce qui se passe dans la fièvre typhoïde, nous sommes loin de retrouver les mêmes caractères. Elle est loin de frapper indistinctement tous les hommes; elle est rare dans le jeune âge. L'exanthème externe, qui consisterait en des taches rosées, lenticulaires, est loin d'être constant comme nous en avons fait l'observation; et l'interne, qui consisterait dans l'altération des glandes de Peyer et de Brunner, ne s'y rencontre pas toujours, et se trouve dans des cadavres d'hommes ayant succombé à d'autres affections. Il n'existe pas d'exemple que je sache d'inoculation artificielle, et quoiqu'il ne soit pas douteux qu'elle se transmet par infection, il résulte d'une foule d'observations qu'il faut un certain concours de circonstances, en tête desquelles il faut placer l'encombrement, pour qu'elle jouisse de cette propriété.

Disons donc qu'il existe entre les fièvres exanthémateuses et la fièvre typhoïde des différences trop grandes pour pouvoir les réunir dans le même cadre nosologique.

Nous allons reproduire les détails de quelques observations, tant pour confirmer l'exactitude du tableau général que nous avons tracé de la fièvre typhoïde, que pour donner une idée plus claire de la marche qu'a suivie la maladie lorsqu'elle s'est terminée heureusement, et nous finirons notre travail par l'histoire d'une maladie qui mérite une mention spéciale à cause de la rareté et de la gravité de l'altération morbide qui s'est manifestée dans son cours.

I. *Fièvre typhoïde ataxique compliquée d'une pneumonite à droite et d'une bronchite double très-étendue. Guérison.*

Pierlot, taille moyenne, poitrine très-plate, tête grosse, lèvres épaisses, nez épâté et croûteux, tempérament lymphatique exagéré, est au service depuis huit mois. Attaqué de mal d'yeux au mois de mai, il a séjourné pendant huit mois au dépôt d'ophthalmiques. Pendant une quinzaine de jours il éprouve un malaise, de la diarrhée, des frissons vagues, de la lourdeur de tête et des membres. Le 14 novembre, il est envoyé à l'hôpital dans l'état suivant : tête lourde, intelligence paresseuse, yeux battus, face stupide, langue rouge au limbe, blanche, striée; respiration bruyante, toux brève, peau chaude et sèche, pouls variable, tantôt petit et profond, tantôt développé; ventre ballonné, donnant à la percussion un son semblable à celui que rendrait une vessie à moitié remplie d'eau. Depuis la veille la diarrhée est arrêtée. (Saignée du bras; lavement de graine de lin; limonade végétale gommeuse édulcorée.)

Le sang obtenu présente un caillot mollasse, recouvert d'une couenne mince, grisâtre; nuit agitée, parlage incessant; vers le matin diaphorèse générale, pas de selles, urines rares.

Le 15, langue rouge, comme vernie, soif forte, peau molle, moite; pouls égal, à 120; respiration facile, pure. (Deux ventouses scarifiées dans la fosse iliaque droite. Une selle liquide, urines toujours rares, locales, fauves.)

Le 18, à la visite, coucher en supination, face stupide, peau terne, la base et les bords de la langue sont humides, le reste sec, rouge, glabre; fréquentes excitations à tousser, râle sec dans les deux poumons, peau chaude, molle à la partie interne des bras; pouls toujours à 120, serré, dur; gargouillement circonscrit, tympanisation générale (limonade végétale gommeuse et édulcorée). Journée bonne; à l'entrée de la nuit moiteur douce, urines copieuses, écumeuses, fétides, ammoniacales, incrustant en blanc le fond du vase; expectoration grumeleuse, opaque, très-gluante; délire ayant ses foyers pour objet. Même prescription.

Le 21, après une journée tranquille, nuit fort agitée, tentatives répétées de fuir, deux selles involontaires, liquides, vertes; urines copieuses, brunes, ammoniacales; petits crachats glutineux, safranés. A la visite, coucher en supination, face stupide, bouche entr'ouverte; la zone humide de la langue s'est un peu élargie vers la base, mais reste glabre et sèche partout ailleurs; respiration bruyante, râles secs dans toute l'étendue de la poitrine et râle crépitant à droite et en bas; peau chaude, sans âpreté; pouls autour de 110, fort gargouillement dans la région iléo-cœcale (limonade végétale gommée; lavements de graines de lin). Deux selles rendues sans conscience, délire ayant ses parents pour objet.

Du 22 au 28, journées et nuits tranquilles, face hébétée, état de profonde somnolence d'où le malade sort avec un air étonné; il lui faut un certain temps avant de revenir à lui-même; nuit agitée, délirante; toux fatigante, sèche; quelques petits crachats visqueux, opaques; la langue continue à pâlir sans perdre son aspect verni; sur toute l'étendue des deux poumons on continue à entendre des râles secs; affaiblissement du pouls, selles et urines in-

Digitized by Google

volontaires. (Eau de tilleul ℥vi, acétate d'ammoniaque liquide ℥i, sirop simple ℥i; liniment volatil camphré en frictions sur le ventre.)

Le 30, à la visite, peau terne, pommettes, surtout la droite, fortement colorées; la langue continue à pâlir, et sur les bords l'aspect naturel gagne d'étendue; soif très-modérée; l'air pénètre sans obstacle dans le poumon gauche; à droite nous avons toujours du râle crépitant, ventre toujours plein, gargouillant par la pression; la soupe au lait accordée la veille a été avalée avec la plus grande avidité. Au bord interne de l'omoplate gauche existe une plaie d'aspect blafard, à bords décollés; le long de l'épine de l'omoplate à droite, deux boutons dont l'externe charbonné. (Dix grains de sulfate de quinine.)

Pendant les jours suivants, quelques signes d'amélioration, face pâle, moins altérée, nuit plus tranquille, râle muqueux; température normale, pouls autour de 80, régulier, égal, ventre toujours plein, le gargouillement est faible et circonscrit, les plaies résultant des ulcères charbonnés sont animées; cependant selles toujours involontaires. (Même prescription. Infusion de valériane 8 ℥.)

Le 6, journée et nuit parfaites; toux grasse, expectoration visqueuse, ocreuse sans mélange aucun de *sang*, urines très-abondantes, fauves et louches; face bonne, le teint prend un peu d'animation, langue humide dans toute son étendue, soif calmée, faim pressante, la respiration est pure, pouls à 70, égal, régulier, peau souple, mais au milieu de tous ces signes d'amélioration, l'intelligence reste confuse, la région iléo-cœcale continue à clapoter et les selles involontaires s'échappent jaunes et claires, les plaies bourgeonnent.

Le 9 l'intelligence est nette, les selles volontaires et le malade entre en convalescence.

Cette observation montre un exemple manifeste de fièvre typhoïde grave compliquée en outre de phlegmasie bronchique et pulmonaire, terminée heureusement. Les urines fétides et ammoniacales, le sang ténu et mollasse, les eschares gangréneux et les désordres fonctionnels graves du système nerveux indiquent évidemment une viciation non douteuse des fluides et une atteinte profonde de l'axe cérébro-spinal. On voit aussi que le trouble de l'intelligence et le gargouillement ont persisté lors même que toutes les autres fonctions s'étaient régularisées.

II. *Fièvre typhoïde grave accompagnée de pneumonie; guérison.*

Après huit jours de malaise, de frissons irréguliers, alternant avec des bouffées de chaleur, le nommé Jansens, petit, chétif, peau noire, âpre, soldat depuis neuf mois et n'ayant pas paru dans les hôpitaux depuis cette époque, entre à l'hôpital le 23 octobre; alors, tête vertigineuse, face fatiguée, lassitude et endolorissement des membres, langue pointue, occupée à son centre par une bande rouge, sèche, haleine fétide, soif forte, peau sèche, respiration libre, ventre souple, gargouillement à droite; ce n'est qu'avec grande peine et avec grande force d'interrogation qu'on parvient à obtenir ces renseignements, les symptômes dominant tous les autres étant un grand affaissement et une excessive paresse. (Lavement émollient, tisane commune; ce lavement provoque une selle liquide. Nuit calme; vers le matin transpiration.)

Du 24 au 30, même état; cependant le 31 accroissement de la prostration; selles aqueuses, semblables à de la lavure de chair, urines brunes, acides, peau terreuse, sale, narines sèches, langue enduite à son centre d'une couche brune, haleine fétide, lèvres croûteuses, respiration égale, râle crépitant à grosses bulles dans le lobe inférieur droit, pouls à 96, régulier. (Limonade végétale gommée, ventouses scarifiées sur le côté droit du thorax.)

Le 4, l'expectoration continue à être visqueuse, ocreuse, sanglante. Les selles liquides, le clapottement iléo-cœcal éclatant. A côté de cela la face est meilleure, le moral moins abattu, la langue moins sèche; les urines précipitent abondamment par le repos et sont alcalines. (Limonade végétale gommée.)

Les jours suivants, journées et nuits tranquilles. Sommeil réparateur, expectoration abondante; facile, fortement rouillée et striée en rouge vif: deux selles très-copieuses de consistance de purée claire, respiration libre, égale; pouls autour de 80; le presser n'excite aucun gargouillement. (Même prescription.) On donne une potion astringente à l'intérieur.

Le 8, même état, à l'exception que l'expectoration reste rouillée, qu'un sang ténu, noir, s'échappe par le nez et que la pression sur les gencives en provoque incontinent l'apparition. (Collutoire astringent.)

Le 11, journée et nuit bonnes; la sécrétion sanglante et fournie par la muqueuse bucco-pharyngienne est rendue sans toux, évacuations alvines dures, réduites à une dans les 24 heures; urines brunes, appétit énergique; disparition du clapottement. (Continuation de la potion astringente.)

Le 12, le mieux-être continue, et l'expectoration sanglante est considérablement diminuée; le malade entre en convalescence et sort guéri de l'hôpital le 1er décembre 1839.

Chez le malade de cette observation, comme chez celui de l'histoire précédente, on remarqua dès le début une profonde paresse de l'intelligence et des mouvements soumis à l'empire de la volonté, accompagnée de signes non douteux d'altération de la masse sanguine, tels que transsudation d'un sang fluide et ténu à travers les pores des vaisseaux qui revêtent les membranes muqueuses nasale, gingi-

Digitized by Google

vale, pharyngienne et intestinale; fétidité de l'haleine; urines ammoniacales; aussi le médecin éclairé de l'hôpital militaire de Namur, évaluant les symptômes et les rapportant à leur véritable source, a eu recours à la médecine dite rationnelle dont le succès a justifié l'emploi, persuadé que toute médication spoliatrice, soit par les saignées coup sur coup, soit par les purgatifs, que préconisent les partisans de la médecine exacte et exclusive, c'est-à-dire sceptique et empirique, eût été suivie d'un résultat fâcheux.

III. *Fièvre typhoïde ataxique, emphysème interlobulaire du poumon. Mort.*

Comme nous ne citons cette histoire qu'à cause de la complication rare qu'a offert la maladie nous ferons maintenant l'histoire de la fièvre typhoïde et nous rapporterons avec quelque détail les symptômes morbides et les altérations anatomiques de l'emphysème interlobulaire.

Bennaert, taille moyenne, cheveux blonds, yeux bleus, forme féminine, imberbe quoique ayant 21 ans, est porté dans la division des fiévreux le 11 septembre 1839; il est en traitement pour la gale depuis quatre jours; la salle des galeux est encombrée.

A la visite du 11 au soir, tête pesante, yeux battus, langue croûteuse, brune avec deux stries latérales blanches, haleine repoussante, respiration pressée, cependant l'air est admis partout avec facilité, peau rugueuse, brûlante, ventre tendu, ballonné, pouls à 100, égal. (Limonade végétale.) A la visite, nous retrouvons le malade prostré, respiration anxieuse, haletante, pouls petit, serré, autour de 100. Saignée de trois palettes qui fournit un gâteau compacte, rétractile, vergeté de stries et de plaques verdâtres; nuit fâcheuse, tentatives répétées de fuir.

Du 12 au 16, journées et nuits très-agitées, hallucinations variées, délire; face contractée, regard inquiet. Tout le poumon gauche râle pendant la respiration, joues colorées en bistre, respiration toujours anxieuse, haletante; pouls petit, à 120, ventre tendu, ballonné, avec clapotement dans la fosse iliaque droite, selles liquides; on prescrit successivement quinze sangsues; une saignée de deux palettes qui donne un sang excessivement noir; des ventouses scarifiées, un bain de corps, la limonade végétale gommée et édulcorée.

Le 16, face stupide, regard incertain, peau terne, langue croûteuse fissurée, deux selles pultacées, urines fauves avec sédiment léger, du râle sibilant se fait entendre à droite. (Bain de corps; tartre stibié gr. vi dans six onces de véhicule.)

Pendant les jours suivants on continue le tartre stibié qui n'excite aucun vomissement; cependant l'état du malade reste le même; intelligence toujours troublée; grande gêne de la respiration, face contractée; soubresauts des tendons; parole très-embarrassée, respiration lente, 40 par minute, deux selles liquides, urines copieuses, nuageuses, légèrement acides, expectoration opaque, floconneuse.

Le 22, apparition de quelques taches lenticulaires sur le ventre; on porte le tartre stibié à 8 grains; oppression très-considérable.

Du 23 au 27, détérioration générale, agitation excessive remplacée plus tard par une forte prostration, respiration de plus en plus embarrassée, regard fixe, stupide, langue encroûtée, râle crépitant à grosses bulles sur toute l'étendue des deux poumons; on supprime le tartre stibié et on le remplace par de l'eau vineuse. (Application de vésicatoires aux cuisses et aux bras).

Le 27, face terreuse, regard fatigué, yeux chassieux, la respiration reste haletante et les phénomènes stéthoscopiques n'ont pas sensiblement varié; pouls à 130; expectoration des crachats mamelaires; nuit toujours agitée, toux continuelle. (Douze grains de camphre, dix-huit grains de nitrate de potasse à prendre d'heure en heure.)

Le 28, on remarque une tumeur emphysémateuse énorme s'étendant de la clavicule au mamelon droit. On ajoute à la prescription précédente six grains de kermès.

Le 29, face terreuse, hippocratique, l'angoisse devient excessive, la suffocation imminente; l'emphysème cutané a fait des progrès, s'est étendue considérablement et descend le long de la ligne blanche jusqu'en bas de l'abdomen; la peau est parcheminée, pouls filiforme, persistance du râle crépitant. (Tartrate de potasse antimonié gr. vi dans six onces de véhicule; frictions sur le corps avec le liniment volatil camphré.)

Nuit affreuse, plaintes incessantes et étouffements.

Le 29, nous remarquons que l'emphysème est monté à droite jusqu'à la hauteur de l'os malaire; à gauche il s'est étendu sur toute la surface du thorax; toute la partie du corps où cet emphysème existe est froide comparativement et le haut de la région précordiale est d'une couleur ardoisée, pouls à 120, s'effaçant par la plus légère pression, ventre légèrement tendu, aucun gargouillement; dans les dernières vingt-quatre heures, le malade a eu une selle liquide, brune, et ses urines citrines sont toujours rendues avec conscience; les plaies des vésicatoires se sèchent; le soir, la respiration devient toujours de plus en plus anhélante; râle trachéal, pouls filiforme; mort à huit heures du soir.

Ouverture du cadavre faite trente heures après la mort. — La face, la partie antérieure de la poitrine, toute l'étendue du ventre, surtout le côté droit étaient soulevées et distendues par l'infiltration d'une grande quantité d'air dans le tissu cel-

Digitized by Google

lulaire sous-cutané; diverses incisions faites dans ces différentes parties procuraient la sortie de l'air infiltré.

La poitrine et le ventre contiennent une petite quantité de sérosité roussâtre et limpide. Les poumons considérablement augmentés de volume étaient légèrement adhérents par leur surface postérieure à la plèvre costale ; la couleur de la surface antérieure des poumons était naturelle, tandis que la surface postérieure était d'un brun-rougeâtre. En les incisant et en les pressant il en ruisselait une grande quantité de sérosité mêlée de sang ; leur tissu, d'un brun violacé, était mou et se déchirait assez facilement ; cependant à leur partie antérieure et supérieure la crépitation était normale. Le tissu cellulaire placé dans l'interstice qui sépare les lobes des poumons, est gonflé et distendu par de l'air ; un grand nombre de vésicules hérissait leur surface et surtout celle du poumon droit ; la pression faisait facilement passer l'air des unes dans les autres. Le tissu cellulaire des deux médiastins était rempli par un fluide gazeux et représentait une multitude de bulles de grosseur différente qui crépitaient et s'effaçaient facilement à la moindre pression. Les bronches et la trachée-artère contenaient une grande quantité d'un liquide séro-sanguinolent de couleur sale, offrant le même aspect que celui que contenaient les poumons et qui s'était écoulé par la bouche.

Tout le tube digestif était distendu par des gaz, les deux tiers inférieurs de la surface externe de l'intestin grêle étaient injectés. Dans le tiers inférieur de l'iléum et autour de la valvule iléo-cœcale on trouva plusieurs ulcères de grandeur variable ; on y rencontra également quelques plaques de forme elliptique ; dans les deux tiers supérieurs la muqueuse ramollie présentait une couleur d'un rouge *livide uniforme* ; l'estomac offrait vers son extrémité pylorique une légère injection ; le reste de sa surface n'avait rien perdu de sa consistance et de sa couleur physiologiques ; la rate était ramollie, et le foie, engoué par une énorme quantité de sang veineux, était d'un noir des plus intenses.

CURE RADICALE DES HERNIES. — MÉTHODE DE WURTZER. — FAITS RECUEILLIS A L'HOPITAL SAINT-PIERRE DE BRUXELLES;

Par M. POURCELET, élève interne.

M. Seutin n'avait pas l'intention de livrer si tôt à la publicité les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de la méthode du professeur de Bonn. Considérant qu'elle ne pouvait déterminer des adhérences qu'à la partie antérieure du canal, qu'elle laissait en arrière un passage libre aux intestins, et de plus ayant déjà pour lui l'expérience de quelques faits, il voulait avant tout y apporter diverses modifications, et attendait l'occasion favorable de répéter ses expériences. La publication de semblables essais dans quelques hôpitaux militaires et surtout celui de Gand l'a engagé à publier le sommaire des siens. Il se réserve toutefois de les rendre plus complets lorsqu'il aura mis à exécution les modifications qu'il veut apporter à la méthode, et s'opposer ainsi à toute descente consécutive de la hernie. Les essais tentés à l'hôpital Saint-Pierre sont assez satisfaisants, disons plus, ils sont de nature à engager les praticiens à faire usage d'une méthode que beaucoup de médecins rejettent à priori dans le silence de leur cabinet. Voici les faits :

1° François Dierickx, barbier, âgé de 20 ans, portant dès son enfance une hernie inguinale gauche réductible, fut opéré le 13 novembre 1839 ; tout se passa sans accidents ; sept jours après l'opération on enleva le célecléïzon. On se servit d'abord d'ammoniaque pour le scrotum invaginé, puis de nitrate d'argent.

Le 3 décembre, il peut se lever, tousser, faire des efforts, et la hernie ne paraît point vouloir sortir.

Le 6, on le laisse sans brayer.

Quelques jours plus tard la hernie sort à la partie postérieure du canal derrière l'adhérence produite par la piqûre. On avait commis une imprudence en ne lui faisant pas porter un brayer pendant quelque temps encore. Depuis lors, quelque effort qu'il fasse la hernie ne reparaît plus. Un cordon dur, résistant, de la grosseur d'une plume de corbeau, adhérent intimement aux cicatrices d'entrée et de sortie de l'invaginateur herniaire indique le trajet cicatrisé de l'invagination.

2° François Janssens, batelier, âgé de 54 ans, fut soumis à cette opération le même jour. Il portait depuis deux ans une hernie à droite (en dehors de l'anneau inguinal par éraillement des muscles et des aponévroses abdominales). L'opération et ses suites furent peu douloureuses. L'instrument est enlevé sept jours après son application. Cautérisation de l'infundibulum avec le nitrate d'argent. Formation dans le scrotum d'un abcès qui n'a pas de suite fâcheuse. Chez celui-ci, l'intestin a une tendance à vouloir se hernier de nouveau, on ne retrouve point comme chez le premier le cordon de la cicatrice. Cependant l'ouverture par où s'était opérée la hernie est notablement diminuée.

3° Arnould Niels, marbrier, âgé de 27 ans, se soumet à l'opération le 2 décembre 1839, pour une hernie inguinale droite dont il s'était aperçu dès l'âge de huit ans; les suites en furent régulières ; l'instrument enlevé après six jours d'application. Cautérisation de l'infundibulum avec le nitrate d'argent en crayon. Au quinzième jour spica comme moyen compressif et brayer. Au vingtième jour tout le trajet invaginé est cicatrisé, on le reconnaît

Digitized by Google

sous forme de corde; le malade se lève, tousse, marche, fait des efforts sans inconvénients. Au vingt-sixième jour tout est cicatrisé et en tirant sur l'extrémité inférieure du scrotum on fait mouvoir la cicatrice supérieure, preuve évidente de l'adhérence. Il sort de l'hôpital avec la recommandation de porter un brayer, depuis lors nous n'avons plus reçu de ses nouvelles.

4° Philippe D....., âgé de onze ans, fut soumis à l'opération le 28 janvier 1840; il se leva au dix-huitième jour, et la tumeur herniaire (inguinale droite) n'avait aucune tendance à sortir, lors même qu'il faisait des efforts de toux. Le 9 mars, il est impossible de reconnaître le pourtour de l'anneau dans lequel on introduisait deux doigts réunis, toutes les parties sont confondues. Il porte par prudence un bandage herniaire.

PNEUMORRHAGIE COMPLIQUÉE DE PLEUROPATHIE; MAUVAIS EFFET DES ÉMISSIONS SANGUINES; VOMITIFS COUP SUR COUP; GUÉRISON;

Par M. le docteur JOURDAIN, de Binche.

Un bluteur, d'une constitution athlétique, 36 ans, fut atteint d'une maladie de poitrine, le 30 avril 1839. Il avait eu antérieurement des crachements de sang assez fréquents. Sa mère est morte, vers l'âge de quarante ans, d'une maladie de poitrine. N'ayant éprouvé aucun soulagement, après plusieurs saignées locales et générales, il réclama mes soins le huitième ou neuvième jour de la maladie.

Symptômes : douleur pleurétique sous le sein droit, oppression, toux fréquente surtout le matin; expectoration, tantôt de crachats muqueux, striés de sang, tantôt de sang pur et spumeux; fièvre, sueurs nocturnes, râle muqueux, son clair.

Prescription (9 mars, six heures du soir) :

Teinture de narcisse des prés }
Sirop de roses pâles. . . . . } de chaque une once.
Eau de tilleul. . . . . }

M. — Une cuillerée à bouche tous les quarts d'heure.
Un vésicatoire au bras.

Il y a eu cinq vomissements suivis d'une légère amélioration. Le point pleurétique se fait sentir sous l'aisselle.

Prescription (10 mars, six heures du matin) :

Sulfate de zinc.	gr. v.
Eau de laurier cerise.	℥i.
Sp. de sucre.	℥i.
Infus. de tilleul.	℥ij.

M.

Deux vomissements.

Le même jour à midi, la respiration est beaucoup plus facile; la douleur ne se fait plus sentir que dans les grandes inspirations; les crachats ne contiennent plus de sang, et le mouvement fébrile est complètement enrayé. (Bouillon de veau.)

Vers cinq heures du soir le pouls et la respiration ont repris leur fréquence morbide.

Prescription (10 mars, six heures du soir) :

Émétine pure.	gr. ij.
Sp. de sucre.	℥i.
Infus. de feuilles d'orang.	℥ij.
Acid. acét. Q. S.	

M.

Quatre vomissements.

11 mars. La nuit a été bonne. La douleur est nulle, la respiration libre, la toux moins fréquente, la sueur moins abondante.

A sept heures du matin le malade prend une tasse de lait, va se promener en plein air, ayant la poitrine découverte, et rentre avec un frisson violent et une toux fatigante.

Prescription (11 mars à midi) :

Tartre stibié.	gr. iij.
Infus. de fl. de sureau.	℥iij.
Miel.	℥i.

M.

Le malade n'a point vomi, mais il a eu seize garderobes.

12 mars. Convalescence. Cet homme s'est bien porté depuis.

La profession de l'individu qui fait le sujet de cette observation, l'exposait aux maladies de poitrine. La mort de sa mère, à un âge peu avancé, à la suite d'une pneumopathie chronique, et probablement tuberculeuse, nous faisait craindre une issue funeste. L'auscultation ne put éclaircir nos doutes. Bien que le malade soit guéri, nous ne nous croyons pas autorisé à en conclure qu'il n'est point tuberculeux. Mais nous croyons pouvoir affirmer que, s'il existe des tubercules dans les poumons de cet individu, ils n'ont pas été la cause des troubles fonctionnels qui ont cédé à la médication vomitive. La cause matérielle de la souffrance des bronches et de la plèvre était susceptible d'une prompte absorption. Il n'en put être ainsi des tubercules pulmonaires. La fièvre et les sueurs attestaient un effort impuissant d'élimination.

L'absorption affaiblie par les émissions sanguines abondantes et répétées (1) devait être ranimée par une médication stimulante.

---

(1) Immédiatement après la saignée, chez un sujet pléthorique, l'absorption augmente d'activité. Les expériences de Magendie ne permettent pas le doute à cet égard. Mais

Digitized by Google

De l'infection et de la contagion morbifiques, causes des principales maladies qui attaquent l'homme et les animaux ; par M. AUDOUARD, ancien médecin principal d'armée, etc.

(Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, et imprimé par décision de la Société.)

La question de la morve des chevaux a été soumise à l'Académie des sciences par le ministre de la guerre, qui, frappé des pertes considérables que cette maladie fait éprouver à la cavalerie de l'armée, demande d'être éclairé sur les moyens d'arrêter et de prévenir ce fléau. A cette occasion on verra se renouveler probablement, dans les académies et dans le public, le débat, non encore jugé, de l'infection et de la contagion morbifiques; et probablement encore on ne parviendra pas à résoudre le problème. Dans de pareilles circonstances la bonne foi l'emporte rarement sur l'esprit de parti, sur l'esprit de secte. Tel qui s'est déclaré pour la contagion trouve mille faits pour étayer son opinion ; tel autre qui s'est inscrit pour l'infection, se présente avec tout autant de faits; et le public témoin de ce débat est là comme à une cour de justice, également entraîné par le plaidoyer des deux avocats, donnant gain de cause à chacun d'eux, et flottant dans l'incertitude jusqu'à ce que la cour ait prononcé son arrêt. Malheureusement en médecine les cours de justice, qui sont les académies et les facultés, restent muettes. On a beau les presser, une circonspection que l'on pourrait traduire par l'amour de soi, retient leurs décisions : craignant de trop dire, elles remettent au temps le soin de fournir de nouveaux documents, de nouveaux traits de lumière sur la question qui pend à juger. Nous avons vu de ces indécisions quant au typhus, à la fièvre jaune, à la peste, à l'hydrophobie même ; en sera-t-il de même de la morve?

Il est vrai que sur cette question l'autorité deviendra pressante. Ici il s'agit de chevaux dont la perte ne se répare que par des écus ; et à cette occasion il vient naturellement à l'esprit que, si l'on achetait les hommes pour faire la guerre, on en aurait plus de soin dans les casernes, les campements, les hôpitaux, et même quant à leur subsistance. Mais laissons là ce sujet de pénibles réflexions, pour en venir à la morve, maladie primitive chez le cheval, qui peut être transmise à l'homme et de l'homme rendue au cheval. On vous a rapporté déjà un fait de cette transmission, véritable contagion. Aussi, la question devient-elle plus importante que lorsqu'elle avait pour objet le cheval seulement. Vous avez décidé de vous en occuper; vous avez nommé une commission à cet effet ; et c'est pour payer mon tribut dans cette discussion, que je viens vous soumettre mes idées sur l'infection et la contagion morbifiques.

Rien ne vient de rien, dit un ancien adage, et j'en ferai ici l'application. Dans la plupart des maladies dites contagieuses, la contagion est le résultat de l'infection. Celle-ci est donc primitive, l'autre secondaire. C'est ainsi que depuis 1821 j'ai considéré la fièvre jaune. Avant cette époque j'étais exclusivement contagioniste ; je suis donc placé présentement entre les deux opinions qui s'excluent réciproquement, et j'espère parvenir à vous prouver que je suis dans le vrai.

Jetons un coup d'œil rapide sur les principales maladies qui sont l'occasion du débat entre les médecins, et pour cela remontons, autant que possible, à leur origine. Dans ce but cherchons le premier individu pour lui demander d'où il vient et quelle est sa filiation.

Du typhus. Je commencerai par le typhus que j'ai eu occasion de voir trop souvent aux armées. Il résulte ordinairement de l'entassement des hommes dans les hôpitaux ou dans les dépôts de prisonniers de guerre, et de la malpropreté qui s'établit dans ces lieux par suite de cet entassement. Les maladies les plus simples prennent alors un mauvais caractère, et la mort ne tarde pas à faire beaucoup de ravages, soit parmi les malades et les prisonniers, soit encore parmi les assistants, officiers de santé, employés de l'administration, gardiens, etc. J'admets, pour faire la part très-large à l'infection, que tous les individus qui sont frappés dans un tel hôpital ont reçu la maladie par ce moyen, tous ayant été placés dans le foyer de l'infection. Mais j'ai vu aussi de ces officiers de santé et de ces employés qui y avaient contracté la maladie, la subissant dans leurs logements en ville, communiquer le typhus aux habitants de ces mêmes maisons qui n'avaient pas mis les pieds à l'hôpital. Ainsi, en 1794, étant pharmacien sous-aide à l'hôpital militaire de Toulouse, où affluaient les malades de l'armée des Pyrénées, j'avais un appartement en commun avec un autre pharmacien sous-aide qui, ayant contracté le typhus à l'hôpital, subit sa maladie et mourut dans notre appartement commun qui était fort éloigné de l'hôpital. Mais un habitant de cette maison ayant été appelé pour donner des soins à mon confrère, eut aussi le typhus quelques jours après, et fut sur le

---

dès que la nutrition a subi l'influence des émissions sanguines, l'absorption languit. La saignée après avoir prêté un soulagement usuraire aux femmes pléthoriques, pendant quelques années, finit souvent par entraîner l'anasarque et la mort.

Digitized by Google

point d'en mourir. Cet homme n'allait pas à l'hôpital ; il contracta la maladie auprès de mon confrère, et si le typhus fut donné à celui-ci par l'infection de l'hôpital, il fut transmis au servant placé en dehors de ce foyer d'infection, et ce fut par contagion.

Voici un autre fait tout semblable. En 1806, j'étais médecin des hôpitaux militaires de l'Istrie. Un pharmacien sous-aide, qui suivait ma visite fut pris du typhus qui régnait dans l'hôpital de Capo-d'Istria. Il subit sa maladie chez un pharmacien de la ville où il était logé. Son hôte, qui lui avait donné les soins les plus affectueux, fut pris de la même maladie pendant la convalescence du sous-aide. Cependant il n'avait pas été à l'hôpital, et la maladie ne régnait pas en ville. Ici, comme dans le cas qui précède, la maladie contractée, je l'accorde, dans un foyer d'infection, fut communiquée au dehors de ce foyer, et ce fut par contagion.

En 1813, lorsque la grande armée rentra en France après la bataille de Leipsick, nous laissâmes considérablement de malades et de blessés à Mayence. Les hôpitaux encombrés furent envahis par le typhus ; les habitants de la ville le savaient et se gardaient bien d'aller dans ces hôpitaux ; cependant il en mourut un grand nombre par suite des relations forcées qu'ils avaient avec les malades qui sortaient des hôpitaux, ou avec les officiers logés chez eux et qui y devenaient malades.

Dans les cas que je viens de rapporter, l'infection produisait spontanément le typhus qui se répandait ensuite par contagion.

De la fièvre jaune. — J'ai longtemps partagé l'opinion que la fièvre jaune, due au climat d'Amérique, était portée en Europe par les bâtiments du commerce. On pouvait bien objecter que les maladies dues aux climats ne peuvent être exportées au loin, parce qu'elles s'éteignent et périssent hors de l'influence des causes, hors des climats qui les ont produites. Mais cette importation en Europe paraissait d'autant plus probable, non-seulement parce qu'avant la découverte du Nouveau-Monde on ne connaissait pas la fièvre jaune dans nos pays, mais encore parce qu'elle ne se montrait que dans les ports de mer qui recevaient le plus de bâtiments venant d'Amérique. L'attention s'arrêtait principalement sur ces derniers, mais sans pénétrer assez avant le mystère qu'ils renfermaient ; et l'on restait dans un vague extrême. Deux épidémies de fièvre jaune dont je fus témoin, celle de Barcelonne en 1821, et celle du Passage en 1823, me fournirent l'occasion de constater, que, dans l'une et l'autre circonstances, des bâtiments négriers nouvellement arrivés dans ces ports et venant d'Amérique avaient donné la fièvre jaune à des charpentiers qui avaient été chargés de les radouber ; que ces charpentiers avaient été les premiers atteints dans l'une et l'autre population, qu'ils avaient subi leur maladie dans leurs maisons où ils étaient morts, et que cette maladie s'était propagée dans d'autres maisons dont les habitants n'avaient pas communiqué avec les bâtiments en question. Mais ce que les charpentiers ont rapporté, c'est qu'en enlevant les planches qu'ils devaient remplacer par de nouvelles, ils avaient été presque suffoqués par une émanation très-infecte sortie de dessous ces planches. C'était là une véritable infection d'une nature spéciale, mais sous plusieurs rapports comparable à celle des hôpitaux encombrés de malades, d'où naît le typhus. Or, on sait que les bâtiments négriers deviennent, dans quelques circonstances, une fosse d'aisances mobile, parce que les nègres qu'on y entasse font tout dans le navire, dont les planches s'imprègnent des matières des déjections, matières qui filent et s'accumulent entre les bordages, qui pourrissent les bois et qui constituent un véritable foyer d'infection d'où naît une maladie dite fièvre jaune. Mais après que les charpentiers de Barcelonne et du Passage eurent succombé à cette maladie qu'ils avaient contractée réellement dans le foyer d'infection, d'autres personnes qui n'avaient pas pénétré dans les navires furent atteintes de la même maladie. Or, celle-ci était, à ne pas en douter, fille de la première ; il y eut pendant deux ou trois mois une véritable succession par communication entre les personnes ; il y eut transmission, contagion.

Nous venons de voir que le typhus, né de l'infection des hôpitaux, se propage par la contagion. Nous avons vu également que l'infection de deux bâtiments négriers a produit deux fois la fièvre jaune, qui s'est communiquée à deux populations ; par conséquent il reste bien établi que l'*infection a* précédé la contagion dans la génération du typhus et de la fièvre jaune.

De la peste. — Je ne parlerai pas d'une manière aussi affirmative de la peste, parce que je n'ai pas observé cette maladie : mais quelques inductions me conduiront à la considérer sous le même point de vue. En Égypte on l'attribue à certaines conditions atmosphériques nées des inondations du Nil ; à Constantinople, à la population nombreuse de cette capitale ; à Smyrne, aux communications entre l'Égypte et Constantinople ; et dans les autres lieux, au transport et à la vente des hardes qui ont servi à des pestiférés, ou bien encore à la saleté des villes et aux habitudes domestiques contre lesquelles l'hygiène aurait beaucoup à faire. Sur l'origine de cette maladie les avis sont fort partagés : il y en a autant pour l'infection que pour la contagion, et probablement on les mettra d'accord un jour, en les soumettant au raisonnement que l'observation des faits m'a conduit à faire sur le typhus et la fièvre jaune. Ce raisonnement m'a porté à écrire, il y a déjà bon

Digitized by Google

nombre d'années, que puisque j'avais trouvé dans la traite des noirs, pratique commerciale particulière à l'Amérique, la cause d'une maladie, la fièvre jaune, qui est aussi particulière à l'Amérique, on trouverait un jour, dans quelque autre pratique propre aux pays d'Orient, la cause de la maladie, la peste, qui leur est également propre. Je ne doute pas que cette réflexion n'ait porté un médecin fort spirituel à penser et à soutenir que, puisque en Egypte on n'embaume plus les morts, tant de l'homme que des grands animaux, l'infection qui doit résulter de la décomposition des cadavres est la cause de la peste. Cette découverte, fruit de l'imagination, avait besoin de faits pour passer dans la science; un grand voyage fut entrepris, et tout le monde sait quel en fut le résultat. Une idée préconçue ne trouve pas toujours les faits disposés à l'étayer, et l'idée de l'ingénieux médecin, si elle était vraie quant à l'Égypte, ne pouvait l'être quant à Constantinople où la pratique d'embaumer n'avait pas eu lieu comme en Égypte. Il n'y aurait qu'un moyen de rendre profitable à la science l'idée en question, ce serait d'admettre que la peste a son berceau en Égypte par l'infection des corps morts et du limon du Nil, et que de là elle est portée dans les autres pays par la contagion. Ce raisonnement serait en harmonie avec ce que j'ai dit du typhus et de la fièvre jaune; mais il ne m'appartient pas de décider s'il est vrai.

De l'hydrophobie. — L'hydrophobie à laquelle la fougue anti-contagioniste a osé refuser la faculté de se communiquer, est, à mon avis, très-contagieuse. Mais il ne serait pas impossible d'en trouver l'origine dans l'infection. Il y a environ douze ans, par un été très-chaud, on vit beaucoup de chiens enragés dans Paris; sans doute la contagion en augmenta le nombre : mais il y eut nécessairement un premier cas d'hydrophobie que l'on dut considérer comme spontané. Dans un écrit que je publiai à cette époque, j'attribuai ce premier cas, et plusieurs autres ensuite, aux eaux croupissantes dans les ruisseaux, et d'autant plus infectes, que la chaleur de l'été réduisait à un extractif des plus infectants ces mêmes eaux dont les chiens s'abreuvaient. On peut en dire autant des viandes putréfiées qu'ils prenaient dans les tas d'ordures. De là pour les uns, l'hydrophobie spontanée, et pour les autres, une grande prédisposition à la contracter. Si j'examine cette maladie hors des villes, j'expliquerai avec la même facilité son apparition spontanée. Dans une contrée où règne la plus grande sécurité tout à coup on annonce qu'un loup enragé parcourt le pays, que des chiens de ferme sont devenus enragés sans avoir été mordus; on s'évertue à en chercher la cause, et l'on finit toujours par en accuser la chaleur de l'été et la rareté des eaux. On la trouverait bien mieux, cette cause, dans les viandes infectes dont ces animaux se nourrissent dans quelques occasions. Il suffit pour cela qu'en été on abandonne à la surface de la terre les corps morts des grands animaux domestiques : ce lieu devient le rendez-vous des chiens et des loups de la contrée. Par la chaleur de l'été, la putréfaction qui s'établit dans ces viandes et dans celles que les loups tiennent en réserve dans leurs repaires, fournira à ces animaux une pâture non moins nuisible, que les viandes et les eaux putréfiées des rues de Paris. De là l'hydrophobie, qui, par son origine, se rapproche beaucoup de la ladrerie dont souffrent les porcs lorsqu'on les nourrit de viandes putréfiées, d'eaux grasses corrompues et d'autres aliments propres à porter dans leurs humeurs une âcreté qui se change en ladrerie et même en hydrophobie.

De la morve des chevaux.—Après avoir fait connaître que l'infection précède la contagion dans quelques maladies particulières à l'homme, il me sera facile d'établir qu'il doit en être de même de la morve des chevaux. Ces animaux sont renfermés assez souvent dans des écuries trop étroites pour le nombre, ou mal aérées, surtout celles qui sont dans les caves comme il n'est pas rare d'en voir à Paris. La première condition, pour se bien porter, voulue pour l'homme comme pour les animaux, celle qui est de tous les instants, c'est de respirer un air pur, et cela ne peut avoir lieu dans les caves, dans d'autres écuries de Paris où passent des conduits d'eaux ménagères ou de latrines, ni dans celles que l'on ferme le plus hermétiquement possible pour que l'air froid ne puisse pas frapper les chevaux. Dans les écuries des casernes ces animaux sont trop pressés, l'espace n'y est pas en proportion du nombre; de là la corruption de l'air, cause directe des maladies de la poitrine, et si l'on ajoute à cela la suppression de la transpiration, vu que les chevaux ne sont pas couverts, on aura la raison suffisante des affections catarrhales et des engorgements lymphatiques auxquels ces animaux sont sujets. Ces inconvénients sont déjà connus du ministre de la guerre qui a avisé à mettre les chevaux plus au large. Mais de cet avantage résultera un autre inconvénient : ils auront plus froid dans certaines parties de la France; il faudra donc des calorifères. La sollicitude du ministre se portera-t-elle sur la nourriture? On parle de tant d'abus qui se sont introduits dans cette partie, qu'il ne serait pas impossible d'attribuer au mauvais fourrage, ou à une nourriture insuffisante, le dépérissement des chevaux par la diarrhée qui ne contribuerait pas peu à augmenter l'infection des écuries. Aussi, soit par les déjections, soit encore par la désoxigénation de l'air résultant du trop grand nombre de chevaux, il s'établit dans ces écuries une atmosphère semblable à celle qui donne lieu au typhus des hôpitaux et des prisons. De là encore les

maladies par infection, au nombre desquelles on doit ranger la morve qui serait alors spontanée comme le typhus. Mais, comme ce dernier, née de l'infection, elle se propage par la contagion. Des faits récents judicieusement observés, et dont on vous a donné connaissance, prouvent qu'elle s'est communiquée des chevaux à un homme chargé du soin de ces animaux malades ; et le caractère contagieux de cette maladie est ressorti surtout de la transmission à un cheval sain, par l'inoculation de la matière morveuse prise sur l'homme devenu malade par son contact avec des chevaux morveux. Voilà donc encore une maladie née spontanément de diverses causes, parmi lesquelles l'infection tient le premier rang, et qui se propage par la contagion. Il me serait facile de prouver que plusieurs autres maladies réputées contagieuses tirent leur origine de la saleté et de l'infection ; comme seraient la syphilis, la gale, la teigne, certaines dartres, la lèpre, la vaccine même. Mais cet examen me conduirait trop loin. Passons à la théorie applicable aux maladies dont je me suis occupé plus particulièrement dans ce mémoire.

Considérations générales.

Dans les maladies dont je viens de traiter, l'infection a donc précédé la contagion. Mais il est à considérer que cette infection est le produit de la décomposition des matières animales; c'est pourquoi je la surnomme *animale*, pour la distinguer de l'infection végétale, qui, née de la décomposition des végétaux, produit un autre genre de maladies. L'infection animale est encore de plusieurs sortes. Ainsi, celle que l'homme engendre dans les hôpitaux et les prisons n'est funeste qu'à l'homme, et produit une maladie spéciale, le typhus. Celle au contraire qui vient des animaux est funeste à l'espèce qui l'a produite; telle est l'origine de certaines épizooties qui frappent les chevaux, par exemple, quand d'autres espèces, qui vivent dans les mêmes fermes et dans les mêmes écuries, sont épargnées. Il y a donc un rapport spécial, une affinité entre l'infection et l'être qui la reçoit. De ce rapport, de cette affinité résulte une maladie *sui generis*, qui, aux yeux du médecin, est un être nouveau, ayant une existence propre, qui se manifeste par des symptômes identiques toutes les fois qu'on l'observe, suivant en cela les lois immuables de la nature, qui veulent que des êtres de la même espèce se montrent avec les mêmes traits. Cet être nouvellement créé est susceptible de se reproduire comme tous les êtres de la nature, qui, porteurs de germes, se renouvellent et se multiplient à la faveur des circonstances qui sont favorables au développement de ces mêmes germes. Or, rien ne prouve mieux la préexistence des germes et leur reproduction, que la succession d'êtres semblables. Mais cette succession, qui est au pouvoir de l'homme par l'inoculation de la variole et de la vaccine, est incontestable dans les maladies dont il s'agit. Elle dura trois mois à Barcelonne après la mort des charpentiers qui avaient contracté la maladie dans le bâtiment négrier, foyer d'une grande infection ; il y eut donc plusieurs générations successives. Il en fut de même au port du Passage, après qu'on eut détruit, par le feu, le navire porteur de l'infection. C'est ainsi que la contagion est la conséquence de l'infection.

Pour corroborer cette assertion, cherchons le siége le plus ordinaire des maladies dites contagieuses, afin de trouver, s'il est possible, la matière de la contagion.

Toutes les maladies dont j'ai parlé, et quelques autres que j'indiquerai bientôt, ont leur siége dans les membranes muqueuses ou à la peau. Aussi, je ne balance pas à poser ce principe, que les sécrétions morbides de ces deux enveloppes du corps humain, sont contagieuses dans quelques conditions données. La blennorrhagie, la dysenterie, la phthisie, le coriza, l'ophthalmie, viennent fortifier cette assertion. L'époque à laquelle les maladies se communiquent, celle de la maturité des germes est peu connue ; cependant on peut dire que c'est principalement à l'état aigu que les maladies de la membrane muqueuse deviennent contagieuses. Hors ces temps, les sécrétions morbides perdent de leur âcreté, et par conséquent de leur activité. Le déclin de ces maladies et leur chronicité étant les termes moyens entre l'état aigu et la santé, sont peu propres à la contagion.

A la faculté donnée aux sécrétions morbides des membranes muqueuses et de la peau de transmettre les maladies qui les ont produites, il faut joindre la disposition naturelle ou acquise nécessaire pour qu'il y ait contagion. Ainsi, l'hydrophobie est propre aux animaux carnassiers qui la transmettent facilement à leurs congénères et aux herbivores ; mais ceux-ci ne la communiquent pas à leurs semblables ni à l'homme : la vaccine est soumise à certaines conditions inhérentes aux individus ; les personnes qui ont eu la fièvre jaune, la peste ou le typhus, sont généralement à l'abri d'une nouvelle atteinte; il en est ainsi des enfants qui ont eu la variole, la rougeole, etc. ; mais à travers toutes ces différences, il faut reconnaître néanmoins l'aptitude des êtres vivants à reproduire les germes des maladies qui leur ont été données. Le virus de la rage se régénère dans le chien qui a été mordu, la vaccine dans l'enfant qui a été vacciné, la variole dans celui qui a été inoculé, et toutes ces régénérations produisent des maladies semblables à celles qui ont précédé. Appelez cela virus ou germes, ce sont des moyens de transmission, de contagion. Pourquoi en serait-il autre-

Digitized by Google

ment du typhus, de la fièvre jaune, de la peste, de l'hydrophobie, de la morve, maladies que nous voyons se reproduire dans un ordre successif et toujours avec les mêmes caractères.

On dira, peut-être, que cette succession devrait entraîner la destruction entière des populations où règne l'une de ces maladies. L'observation repousse cette objection ; car lorsque la variole règne dans une ville, tous les enfants qui ne l'ont pas eue n'en sont pas atteints; quelques-uns même que l'on met à dessein en contact avec des varioleux en sont épargnés, tandis qu'une autre épidémie de variole, survenant quelques années après, les emporte lorsqu'on s'y attendait le moins. La succession des maladies virulentes et contagieuses affaiblit leur activité et les rend moins dangereuses. Les virus s'éteignent en quelque sorte par le temps ; aussi faut-il aller, parfois, les reprendre à leur source ou les y reporter, comme on le pratique pour la vaccine. Il est d'observation que les personnes qui succombent les premières, lors des grandes épidémies, sont comme frappées par la foudre, ainsi qu'on le voit sous le règne de la fièvre jaune, de la peste, du choléra-morbus, etc.; il en est autrement au déclin de ces *épidémies : les maladies vieillissent en quelque sorte, elles tombent* dans la caducité, et dans cet état ne reproduisent pas de germes : elles n'ont plus la faculté de se communiquer, ce qui arrive en général aux maladies devenues chroniques.

De l'extinction de la disposition que nous portons à certaines maladies réputées contagieuses, comme la variole, la rougeole, etc., résulte une nouvelle preuve en faveur de l'existence des germes. L'incubation et le développement de ces germes épurent le corps de l'homme, et détruisent la disposition à *la même* maladie dans l'individu qui l'a éprouvée une fois. On peut dire que cet individu a payé son tribut au génie du mal qui ne lui demande plus rien. Il serait curieux d'expérimenter si un animal qui aurait été guéri de l'hydrophobie ou de la morve en serait préservé à tout jamais. Mais l'expérience a déjà parlé en faveur de l'homme, quant au typhus, à la fièvre jaune et à la peste. Je puis même me citer en preuve; car, après avoir eu le typhus, en 1794, à Toulouse, dans l'appartement même où était mort, trois mois auparavant, le collègue dont il a été question déjà, j'ai, depuis lors, bravé cette maladie dans plusieurs hôpitaux où elle faisait les plus grands ravages, j'ai vu tomber autour de moi la presque totalité des officiers de santé qui partageaient mes travaux, et je n'en ai pas eu de nouvelle atteinte.

Conclusion. — De tout ce qui précède il faut conclure : 1° que l'infection *animale* donne naissance à des maladies qui se reproduisent dans un ordre successif; 2° que cette reproduction se fait à la faveur d'un virus ou germe, ce qui est une contagion; 3° que cette contagion s'active ou périt à la faveur de circonstances qui la favorisent ou la repoussent; 4° que l'infection précède la contagion dans la plupart des grandes épidémies, mais que la contagion est incontestable et que c'est elle qui fait le plus de victimes.

REVUE MÉDICALE. — Avril 1840.

Sur la constitution médicale regnante.

Depuis plus de six semaines, nous avons cru apercevoir les prodrômes d'une constitution médicale particulière. Ces prodrômes, trop peu caractérisés d'abord, se sont développés ensuite et ont réalisé un état morbide spécial, qu'il est aujourd'hui impossible de méconnaître. Des caractères pathologiques assez tranchés, un nombre plus considérable de malades, une mortalité plus grande, tels sont les faits qui nous paraissent établir l'existence d'une constitution médicale particulière et qui nous ont engagé à appeler l'attention des médecins sur cette importante modification de la santé publique.

Depuis environ six semaines, un grand nombre de personnes se plaignent de coryzas prononcés, de maux de gorge, de catarrhes bronchiques rebelles, de céphalalgie opiniâtre, de douleurs vagues dans la poitrine, dans les articulations, dans les jambes; on remarque, en outre, des fièvres intermittentes, et chez les opérés une grande disposition à l'érysipèle. Ces formes morbides, qu'on croirait au premier abord isolées, et répétant, sans lien aucun, les diverses affections qui se manifestent chaque année à pareille époque, s'observent fréquemment réunies et combinées chez le même individu. Cette diversité n'est, d'ailleurs, qu'apparente : sous les accidents les plus vulgaires de leur extériorité, on peut facilement saisir des caractères communs plus importants et plus profonds qui décèlent une identité d'origine. Ainsi, d'une part, on trouve souvent chez le même individu le coryza intense, la céphalalgie, l'angine gutturale, les douleurs vagues de la poitrine, accompagnées ou non d'accès de fièvre intermittente ou rémittente; d'autre part, aux symptômes de la maladie locale s'ajoutent toujours ceux d'un embarras gastrique plus ou moins prononcé : coloration en jaune de la face, pourtour des lèvres et des yeux; enduit jaunâtre de la langue, et surtout des douleurs vagues dans les jambes et les cuisses. Ce dernier symptôme ne manque presque jamais; il accompagne même le simple coryza. L'intensité et la persistance de ces douleurs contrastent singulièrement avec la bénignité apparente des symptômes locaux,

Ajoutons qu'il n'est pas rare de rencontrer ces douleurs des membres inférieurs sans maladie locale, tandis que toute affection locale, en apparence, manque rarement du cortége des symptômes bilieux gastriques et arthralgiques que je viens de signaler. Voilà les traits les plus généraux de la constitution médicale qui nous paraît régner depuis quelques semaines. Maintenant, si nous cherchons à pénétrer plus profondément dans l'analyse de ces manifestations morbides, comparées à celles qui s'offrent ordinairement à la même époque, nous arriverons à spécifier de plus en plus la constitution médicale régnante, et à la saisir même au milieu des maladies les plus ordinaires et les plus directement en rapport avec la saison.

Les affections qui marquent ordinairement le passage de l'hiver au printemps sont les affections des voies aériennes; puis les affections éruptives, la variole, la rougeole, la scarlatine. Parmi les premières se trouvent les bronchites, les pneumonies et les explosions ou exacerbations des phthisies tuberculeuses. Lorsque ces produits directs de la saison ne sont influencés que par les éléments ordinaires de l'atmosphère, dont les variations, plus ou moins fréquentes, plus ou moins brusques et plus ou moins considérables, réalisent extemporanément les états morbides, ils s'offrent habituellement avec des caractères uniformes, avec prédominance des symptômes locaux, et réaction générale, le plus ordinairement proportionnée à l'intensité des lésions locales. La marche, la durée, la gravité et le traitement de ces maladies sont soumis à peu près des règles que les circonstances individuelles et particulières seules font changer. Or, en nous en tenant d'abord à cet ordre d'affections, on ne peut pas s'empêcher de reconnaître qu'elles ont en ce moment quelque chose de plus que de coutume dans leurs symptômes, dans leur marche, dans leur durée, dans leur gravité, et enfin qu'elles ne cèdent pas aisément au traitement habituel. Et d'abord, leur début est ordinairement marqué par un état général plus prononcé, de plus longue durée : déjà dans cette période d'invasion, on peut apercevoir la généralité des symptômes qui débordent le champ de l'affection locale. La céphalalgie, la faiblesse et la douleur des membres, les douleurs erratiques dans la poitrine, l'anorexie, l'altération des traits du visage et l'ensemble des premières apparences d'un embarras gastrique, tels sont les prodrômes qui annoncent, dans le plus grand nombre des cas, les affections de la poitrine. On dirait que la cause occasionnelle de ces dernières, fournie par l'influence actuelle de la saison, vient s'enter sur les produits déjà réalisés d'une cause plus ancienne, plus profonde, et dont les effets ne peuvent être que compliqués et non effacés par ceux d'une cause plus immédiate. On peut faire ce départ jusque dans les symptômes directs de la maladie locale. Ainsi la toux, les douleurs ont un caractère plus nerveux que franchement inflammatoire. Il y a des quintes de toux sèche, peu en rapport avec l'étendue et le degré d'altération des organes respiratoires. Cette disposition est surtout sensible, eu égard à la douleur et aux modifications de texture du poumon. Ainsi nous avons constaté, à plusieurs reprises, des douleurs locales, mais se déplaçant facilement, et stimulant parfaitement celles de la pleuro-pneumonie, sans qu'il y eût modification appréciable du bruit respiratoire. Ce n'est que deux et trois jours après la localisation de cette douleur que le poumon a commencé à se prendre, à s'engouer bien plus qu'à s'enflammer, et les râles étaient plutôt muqueux et sous-crépitants que franchement crépitants. Lorsque les pneumonies acquièrent même le caractère complétement inflammatoire, elles durent plus longtemps, se résolvent plus difficilement, et jamais elles ne sont entièrement dépourvues de complications gastriques. On ne peut mieux apercevoir les effets de cette complication sur la durée et la persistance des affections locales que dans le simple coryza ou la simple angine gutturale, développée sous l'influence de la constitution régnante. Les malades ont beau s'entourer de toutes les précautions hygiéniques, se tenir chaudement, avoir recours à la diète, aux boissons adoucissantes, l'enchiffrenement, le mal de gorge ou la toux persistent, même alors que l'appétit se réveille. Voilà pour les affections qu'on serait le plus tenté de rapporter aux effets ordinaires de la saison. On voit par cette esquisse rapide que ces maladies ont, dans leurs phénomènes les plus immédiats, quelque chose d'autre que les effets d'une lésion matérielle locale, et présentent au delà de ce théâtre circonscrit, des phénomènes appartenant à une modification plus générale, plus profonde de tout l'organisme. Le traitement, cette autre pierre de touche de la nature des maladies, fournit un complément de lumière à cette détermination. Ainsi les personnes qui se bornent à la thérapeutique des maladies inflammatoires ne font que prolonger le mal sans l'atténuer. Nous avons vu des cas dans lesquels un emploi exagéré de ces moyens, porté aux extrêmes dont on ne rencontre plus heureusement que de très-rares exemples, avait produit les effets les plus fâcheux. La méthode qui nous a paru réussir le mieux, c'est l'emploi des évacuants, vomitifs ou purgatifs, combinés avec les applications de sangsues sur les points malades. Mais cette combinaison n'est utile que quand, sur le fond de l'état morbide régnant, se sont entées des affections organiques locales, dont les altérations matérielles ne doivent pas plus être méconnues et négligées, que quand elles sont la seule cause et le seul point de départ de la maladie.

Digitized by Google

Nous venons de signaler à grands traits les caractères de la constitution médicale régnante dans les maladies qui tendraient le plus à la faire méconnaître. Ces caractères sont bien plus apercevables lorsqu'on les recherche dans la généralité des maladies. Et d'abord, pour ne pas laisser d'équivoque, rappelons ce que nous disions au commencement de cet article, que la constitution médicale actuelle se révèle souvent seule, sans autre complication de maladie locale, et qu'ainsi son existence propre ne peut être mise hors de doute. Ce qu'il importe de faire comprendre et d'établir rigoureusement autant que possible, c'est que cet état complique toutes les maladies intercurrentes, qu'il s'y mêle et se montre dans leur physionomie par l'accession de ses symptômes personnels. Or, ce que nous avons fait pour les maladies des organes respiratoires, nous pourrions le faire pour toutes les affections qui se présentent, les fièvres intermittentes, les érysipèles, le rhumatisme, les maladies éruptives, et toutes les maladies organiques chroniques, antérieures même au développement de la constitution médicale actuelle. Mais ce simple aperçu ne nous permet pas d'aborder l'examen de chacune de ces maladies dans ses détails; nous devons nous borner à signaler les changements les plus généraux qu'elles offrent dans leur ensemble pour en déduire leur liaison avec un fond commun, et partant la nécessité d'une thérapeutique commune au moins dans quelques-uns de ses éléments. Or ces changements sont précisément ceux que nous avons signalés dans la phénomènalité des affections des voies respiratoires. Ainsi, les fièvres intermittentes se répètent plus fréquemment que d'ordinaire à pareille époque. Leurs accès sont moins tranchés, moins réguliers, les stades de froid et de chaud moins constants que de coutume. Souvent le frisson est à peine sensible, et la sueur n'est qu'incomplète. Les accès ne sont pas séparés par des intervalles de rémission complète. Les fièvres ressemblent plutôt aux rémittentes bilieuses gastriques qu'aux intermittentes franches. Le sulfate de quinine ou le quinquina ne guérissent pas aussi sûrement, et leur efficacité n'est complète qu'après l'emploi d'un évacuant. Pour ce qui est des maladies éruptives, érysipèles, varioles, scarlatines et rougeoles, elles offrent des complications générales manifestes, et sont fertiles en accidents graves, et leur développement est plus lent. Il y a souvent trois jours d'incubation avant leur manifestation à la peau. Leur durée est également plus longue; on dirait que tout l'organisme est enrayé par quelque chose de préalable qui l'empêche de réagir avec son énergie et ses forces habituelles contre les causes morbides. Quant aux affections chroniques, elles acquièrent incidemment une nouvelle physionomie; la phthisie est hâtée dans son développement. Les rhumatismes anciens se réveillent; les souffrances de toute nature reprennent une nouvelle acuité; et ces exacerbations morbides nouvelles cèdent assez souvent à un léger évacuant. Cependant lorsque les malades n'éprouvent que les malaises gastriques, traduction la plus affaiblie de la constitution médicale régnante, les évacuants qui, d'ordinaire, triomphent si activement et si rapidement de ces symptômes, doivent être répétés quelquefois jusqu'à trois ou quatre fois avant de produire ce résultat. Toutefois, la méthode évacuante est si réellement efficace dans les diverses formes morbides de la constitution régnante, que divers cas d'angine et de toux, qui persistaient opiniâtrement depuis trois semaines, ont cessé du jour au lendemain, sous l'influence d'une seule purgation.

Maintenant quel est l'effet total de la constitution médicale régnante sur le nombre des malades et sur la mortalité? La réponse à cette question serait délicate à donner si la vérité n'avait pas toujours avantage à être connue. Nous nous adressons d'ailleurs aux médecins, et il leur importe d'avoir sur l'état de la santé publique des renseignements précis. Le plus grand nombre a déjà pu vaguement apercevoir sans doute ce que nous avons cherché à mettre hors de doute par des documents positifs. Le nombre des malades et la mortalité dans les hôpitaux et en ville sont sensiblement plus considérables depuis plus de deux mois qu'antérieurement, et que les autres années à pareille époque. Mais, hâtons-nous de le dire, l'accroissement de la mortalité n'est pas en raison de l'augmentation du nombre des malades. Et d'abord ces deux résultats ressortent à la fois de la comparaison du mouvement des malades et de la mortalité dans les hôpitaux, comparée pendant les trois premiers mois des années 1839 et 1840, janvier, février et mars, pour un seul hôpital et pour tous les hôpitaux réunis, soit que cette comparaison porte sur toute l'étendue de la période, soit qu'elle porte sur chaque mois, soit enfin sur un seul jour correspondant de chaque mois. Ainsi, le nombre des malades admis pendant les trois premiers mois de 1839, dans un des principaux hôpitaux de Paris, a été de 2,107; en 1840, ce nombre s'est élevé à 2,516; la mortalité avait été en 1839, pendant la même période, de 200; cette année, au 31 mars, elle était de 233. Le nombre total des malades entrés dans les hôpitaux et hospices pendant les deux premiers mois de 1839, s'élevait à 13,044, et la mortalité à 1,503. En 1840, le chiffre des malades a été de 14,752, et celui des décès de 1,644. Les relevés généraux du mois de mars n'étant pas encore terminés, nous avons dû borner notre comparaison générale aux deux premiers mois de l'année; mais nous l'avons appliquée pour le mois de mars à des termes plus circonscrits. Nous avons pris les rele-

Digitized by Google

vés de trois jours correspondants pour 1839 et 1840, et nous avons trouvé les résultats suivants :

1839.

Dates.	Malades dans les hôpitaux.	Décès dans la journée.
28 janvier.	15,781	23
25 février.	16,069	22
1er avril.	15,875	37

1840.

Dates.	Malades dans les hôpitaux.	Décès dans la journée.
27 janvier.	16,419	31
24 février.	16,468	38
30 mars.	16,747	42

Tels sont les résultats les plus généraux d'un premier coup d'œil sur la constitution médicale régnante, et ses effets sur le chiffre des malades et de la mortalité dans les hôpitaux de Paris. Ces documents suffisent pour appeler l'attention des médecins qui voudront faire de cet objet important une étude approfondie. Dans un second article, nous reviendrons avec plus de détails sur les faits signalés et les questions soulevées dans ce premier aperçu ; nous indiquerons les modifications de formes que présentera l'expression de la constitution régnante sous l'influence des modificateurs de la saison ; enfin, nous chercherons à apprécier les causes qui ont pu apporter ces changements dans l'état de la santé publique.

Gazette médicale. — Avril 1840.

Mémoire sur un cas d'endocardite gangréneuse ; par le docteur Gigon, médecin à Angoulême.

Le nommé Gadefait, menuisier, âgé de 56 ans, d'une forte constitution ; adonné à l'usage du vin blanc et de l'eau de vie à jeun, et sujet depuis plusieurs années à de violentes *coliques d'estomac*, grand mangeur jusqu'au moment où il est tombé malade, n'ayant jamais eu ni rhumatisme, ni affection vénérienne.

Il y a environ six semaines, Gadefait prit beaucoup de peine à poser une enseigne, il en résulta une grande sueur (dans ce moment sa santé était parfaite) : il s'expose à un vent frais, et dès le surlendemain il se sent malade. Il éprouve du frisson, de la fièvre, *une grande gêne dans la respiration ;* il crache en petite quantité des crachats muqueux. Un médecin est appelé : on ne pratique ni l'auscultation ni la percussion, et on diagnostique une fluxion de poitrine. Dans l'espace de deux jours on pratique deux saignées. Le malade en éprouve du soulagement. Le troisième jour il descend de sa chambre et sort même dans la rue. Dans la nuit qui suit, les accidents redoublent, le malade éprouve de violents étouffements, et peut à peine se tenir sur son séant dans son lit. Alors on emploie quelques remèdes palliatifs qui n'amènent aucun soulagement. Le malade, dont la position empire chaque jour, appelle successivement une foule de médecins qui portent presque tous des diagnostics variés : tantôt c'est un asthme essentiel, tantôt une hydropisie de poitrine, tantôt une hépatisation du poumon. Enfin nous fûmes mandé trois jours avant la mort du sujet, et voici le résultat de notre examen :

Le malade est considérablement amaigri, l'œil est assez vif, les joues sont caves, les pommettes saillantes, et au-dessous on aperçoit une coloration d'une teinte cuivreuse. Le malade est assis sur une chaise, haletant, ne pouvant plus se tenir dans son lit. De temps à autre il a des exacerbations qui *l'étouffent ;* il crie : « De l'air », fait ouvrir toutes les fenêtres ; puis ces symptômes de suffocation diminuent un peu ; mais il y a toujours orthopnée. Avant la maladie, la dyspnée n'existait aucunement, *ni forte ni faible.* Le malade se livrait à tous les travaux les plus pénibles de sa profession sans éprouver ni étouffements ni palpitations. Ces derniers renseignements, sur lesquels j'ai beaucoup insisté auprès du malade et de sa famille, m'ont été donnés dix fois de la même façon. La toux est petite, saccadée, rare, l'expectoration presque nulle : il n'y a pas eu de points de côté. Le malade ne se sent pas de répugnance pour les aliments, mais lorsqu'il introduit quelque chose dans son estomac les étouffements redoublent. La pression abdominale ne révèle aucune sensation, la céphalalgie est nulle, les jambes sont considérablement infiltrées jusqu'au genou ; le malade est devenu irascible, chagrin : dans son état de santé il était au contraire fort jovial.

Examen du cœur. — La région précordiale est sensiblement voussée, l'œil peut facilement apercevoir la différence des deux côtés du thorax ; l'impulsion du cœur est tout à fait insensible à la main, la matité présente trois pouces en tous sens. L'auscultation fait découvrir un beau bruit de soufflet un peu râpeux aux deux temps et dans les régions des cavités droites et gauches : mais le bruit est surtout très-tranché vers la pointe du cœur au

Digitized by Google

premier temps, et vers le bord du sternum au deuxième temps.

La poitrine ne présente rien de bien remarquable à la percussion et à l'auscultation. En arrière et à droite on distingue quelques bulles de râle muqueux. Il existe aussi un peu plus de matité vers la base du poumon droit, ce que nous attribuons à la présence du foie. Le pouls est médiocre, un peu mou, mais non filiforme; il présente quelque irrégularité dans ses mouvements, et bat 80 fois par minute. La peau n'est pas chaude : elle serait plutôt au-dessous qu'au-dessus de la chaleur normale.

En présence de ces symptômes et de ces signes, voici notre diagnostic :

Rétrécissement des orifices droit et gauche du cœur, occasionnant une grande gène dans la circulation, suite probable d'une endocardite aiguë méconnue.

Notre diagnostic fut basé : 1° le rétrécissement, sur l'existence du bruit de souffiet râpeux, et sur la gène de la respiration; 2° l'endocardite, sur tous les renseignements précédents. En effet, l'affection était récente et aiguë (datant de six semaines au plus). Jamais le malade n'avait éprouvé d'accidents vers le cœur. Et certes une lésion organique chronique susceptible de déterminer des accidents aussi formidables, n'aurait pas permis au malade, avant la dernière affection, de vaquer à ses pénibles travaux, de courir, de monter, sans éprouver le moindre dommage.

Nécropsie. — Le malade mourut trois jours après notre examen. Voici ce que nous avons constaté anatomiquement en présence de MM. Janin et Werner, qui avaient eu occasion d'examiner le malade de son vivant.

L'habitude extérieure est telle que nous l'avons décrite plus haut. Nous percutons le cadavre, et, à droite, nous constatons une matité considérable s'étendant jusqu'au niveau du sein; à gauche, au contraire, à la région du cœur, la matité nous paraît fort peu de chose, ce qui nous fait persister à dire qu'il n'y a pas d'hydropéricarde, opinion encore soutenue par un des assistants.

Le sternum étant enlevé, nous trouvons à droite un épanchement considérable, le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale et diminué de moitié, la sérosité est rougeâtre, la plèvre dans cette région ne porte point de traces évidentes d'inflammation aiguë; mais sur la partie inférieure et postérieure du lobe supérieur de ce poumon, nous trouvons une fausse membrane ovalaire de deux pouces et demi dans son plus grand diamètre, fausse membrane forte, résistante, fibreuse, d'existence probablement ancienne; entre cette fausse membrane et la plèvre pulmonaire, il existe une matière gélatiniforme, jaunâtre, reste d'un ancien épanchement résorbé. A la partie supérieure du poumon gauche, qui est adhérent dans une grande étendue, on trouve une petite dépression résistante, ridée, semblable en tout à une cicatrice. Sa longueur est d'un pouce et demi. Cependant le malade nous a dit n'avoir jamais eu de maladies de poitrine. Au-dessous des deux plèvres pulmonaires existent d'innombrables taches de la largeur d'une lentille, et tout à fait semblables aux macules du *purpura hemorrhagica*. Les deux poumons crépitent partout, la section en fait couler une quantité considérable de matière aqueuse, parsemée d'innombrables petites bulles d'air. On examine avec le plus grand soin le sommet des deux poumons, on n'y trouve aucune trace de tubercules. Le bord antérieur du poumon gauche est un peu emphysémateux; la partie postérieure des deux poumons est fortement engorgée : quand on l'incise, il s'en écoule une grande quantité de liquide spumeux et rougeâtre. Vers le bord postérieur, la densité est un peu augmentée et sans crépitation, mais on n'y trouve rien de résistant comme dans l'induration. Cet engorgement existe à peu près à un égal degré des deux côtés. Les bronches y sont injectées d'un rouge presque uniforme dans les points où elles plongent dans la portion engorgée. Les bronches de la partie antérieure du poumon sont tout à fait incolores, et le tissu pulmonaire y est tout à fait normal. Aussi l'engorgement pulmonaire que nous venons de décrire nous paraît un résultat de l'hypostase et de l'agonie, qui a été longue.

Cœur. — Le péricarde est humide, lubréfié, mais ne contient aucun liquide, pas même la petite quantité qu'on y trouve habituellement. Il est sain.

Le cœur est volumineux et fort distendu par des caillots mous, non adhérents. Il refoule le poumon gauche, qui étend une lame de son tissu au-devant du péricarde. Débarrassé de ses caillots, le cœur pèse 13 onces. Tous les caillots que nous avons signalés existent dans le cœur droit. L'endocarde auriculaire et ventriculaire droit n'est nullement rouge, ni les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. La valvule tricuspide est opaline, ses bords sont évidemment épaissis et rougeâtres. L'orifice correspondant, coupé et étendu, présente d'un bord de la section à l'autre 3 pouces 9 lignes. La portion du ventricule qui correspond à l'orifice de l'artère pulmonaire est tapissée d'une fausse membrane, assez résistante, de l'épaisseur d'une feuille de papier. Elle est intriquée par des prolongements très-friables dans les colonnes charnues du ventricule. Elle est légèrement mais manifestement adhérente à l'endocarde. Cette fausse membrane est la continuation d'un caillot qui se trouve placé dans l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Ce caillot a d'abord quelques lignes d'épaisseur, puis on le voit s'aplatir, s'élargir

Digitized by Google

dans la cavité du ventricule, pour se transformer en fausse membrane. On y distingue en plusieurs points des rougeurs qui n'ont rien de linéaire.

L'oreillette gauche n'offre rien de notable. La valvule mitrale est extrêmement robuste, ainsi que ses muscles valvulaires; elle est épaissie, blanchâtre, à peu près comme une peau de mouton apprêtée. Le bord libre est d'un rouge écarlate très-décidé. On ne trouve pas dans ces cavités du sang liquide ou caillebotė, comme à droite. Tout fait penser que la valvule devait bien fonctionner.

L'orifice aortique a 2 pouces 6 lignes de circonférence. Deux de ses valvules présentent l'état suivant : elles sont indurées à leur base et adhérentes par leurs angles voisins : maintenues immobiles, elles font saillie dans l'orifice aortique, et gênent considérablement la circulation. L'endocarde qui revêt cette base de valvules est rouge, épaissi, et se termine à une petite distance, du côté du bord libre, par une rougeur frangée, inégale, au delà de laquelle existe une désorganisation très-étendue de la portion libre des valvules, qui alors sont ulcérées, molles, friables, d'un gris sale, avec destruction irrégulière; on les *casse* par le moindre effort. L'une d'elles est perforée à son centre par une ouverture d'une ligne de diamètre. Tout dans l'aspect de ces deux valvules, rappelle parfaitement une gangrène : celle de la peau, par exemple, avec son aréole de délimitation (1). La troisième valvule ne porte aucune trace d'ulcération; elle est fort rouge, un peu épaissie, mais elle peut parfaitement fonctionner. Ces trois valvules présentent donc des traces d'une inflammation très-prononcée, mais à divers degrés : 1° rougeur avec épaississement; 2° ulcération gangréneuse; enfin gangrène avec perforation. La membrane interne de l'aorte est rouge jusque vers la crosse de ce vaisseau, elle s'enlève par un grattage léger de l'ongle. Toute l'aorte descendante est parfaitement saine, d'un beau jaune clair. Quelques caillots jaunes ambrés, résistants existent autour de la valvule bicuspide.

L'estomac présente plusieurs lésions. Il est généralement d'un rouge pointillé, surtout dans la partie splénique, où la muqueuse est très-rouge, striée, pointillée. Les veines sous muqueuses sont très-développées, variqueuses. Lorsque l'on gratte médiocrement la muqueuse avec l'ongle, on produit un éraillement. La membrane paraît manifestement ramollie. Le pylore est très-rétréci, surtout relativement à la capacité de l'estomac, qui est de forte dimension. Cet orifice est entouré d'un bourrelet blanc résistant, de trois lignes d'épaisseur, présentant tous les caractères du squirrhe. Le système veineux est généralement très-gorgé. Les veines caves supérieure et inférieure étant coupées inondent le cadavre de sang. Les intestins, extérieurement, sont bleuâtres : nous n'en avons pas fait l'ouverture, pressés que nous étions par le temps. Le foie et la rate n'ont rien d'anormal. Nous n'avons pu examiner ni le cerveau ni le système génito-urinaire.

L'ouverture a été pratiquée 13 heures après la mort; le cadavre était encore chaud.

Réflexions. — L'observation que nous venons de rapporter ne laisse guère de doutes sur la cause de la mort. L'état général du système veineux et des poumons, les symptômes asphyxiques, l'état anatomique du cœur, tout prouve que c'est à la lésion de ce dernier organe que la mort est due. Il est vrai qu'un épanchement assez considérable existait dans la plèvre droite. Mais nous ne pensons point que l'on doive rapporter la mort à cette cause : elle a pu tout au plus hâter l'instant fatal. Nous croyons même que cet épanchement ne s'est formé que dans les derniers jours de la vie et sous l'influence de la gêne circulatoire, car rien ne décelait dans l'état anatomique une inflammation aiguë de la plèvre, et d'autre part l'exploration à laquelle nous nous étions livré ne nous avait fait découvrir rien dans ce côté de la cavité thoracique.

Cependant l'examen du cœur nous a révélé un fait nouveau dans la science : c'est la gangrène des valvules aortiques. Cette lésion n'avait peut-être jamais été observée et décrite avec exactitude. M. Bouillaud (*Traité clinique des maladies du cœur*, vol. 2, p. 176) se demande si l'inflammation de l'endocarde peut se terminer par gangrène et il reste dans le doute n'ayant rien d'irrécusable à offrir en preuve. Laënnec n'a même pas soulevé la question, pas plus que Corvisart; je sais bien que quelques observations sur ce sujet ont été publiées en Allemagne surtout, mais la critique a justement rejeté des faits tous ou incomplets ou improbants. L'ulcération qui accompagnait la lésion dont nous venons de parler, quoique moins rare, n'est pas non plus très-fréquente; puisque le traité de M. Bouillaud n'en renferme qu'un cas et qu'il n'en est pas fait mention dans les ouvrages de Laënnec et de M. Andral (1). Toutefois il est à présumer que cette lésion n'est pas aussi rare que le défaut des faits pourrait le faire supposer, car on trouve quelquefois sur des sujets

---

(1) En relisant mes notes, je m'aperçois que j'ai oublié de noter l'odeur; en faisant l'examen cadavérique je ne me rappelle pas qu'elle ait affecté l'odorat d'une manière notable.

(1) Laënnec a bien consacré un paragraphe à l'examen des ulcérations de l'intérieur du cœur et de l'aorte, mais il n'y est fait mention que de ces dernières.

Digitized by Google

atteints d'induration et d'ossification des valvules, ces dernières déchirées, déformées de plusieurs façons. Il est à présumer que dans quelques cas au moins ces déformations sont dues à des ulcérations irrégulièrement cicatrisées.

Aucun doute, ce nous semble, ne peut exister sur la date du début de la maladie ainsi que sur sa nature : car six semaines avant sa mort le sujet se portait bien, si l'on en excepte les douleurs gastriques, il vaquait librement aux travaux de sa pénible profession. Jamais il n'avait éprouvé de désordres vers la respiration, ni le centre circulatoire. Tout à coup il se refroidit le corps étant en sueur, alors surviennent des accidents fébriles et dyspnéiques; le sujet est traité mollement et succombe. L'examen anatomique décèle les caractères suivants : rougeur, gonflement, ramollissement, ulcération, gangrène, fausses membranes de l'endocarde. En présence de pareils symptômes et de pareils caractères, nous ne pouvons méconnaître une inflammation des plus aigues et des plus violentes. Et ici on n'aurait pas la ressource d'attribuer la rougeur ou le ramollissement à l'ancienneté de la mort au moment de l'ouverture ; car l'autopsie a été faite treize heures après le *décès, le sujet* étant chaud. Autre preuve irréfragable : *Le cœur* droit qui était gorgé de caillots mous presque diffluents, ne présentait aucune rougeur, et le ventricule gauche qui présentait ces traces d'inflammation, ne contenait pas de sang. Il n'y a donc pas eu imbibition.

Il est donc bien démontré que le sujet est mort d'une endocardite aigue.

Et comme l'état de désorganisation valvulaire que nous avons décrit ne peut être assimilé qu'à la gangrène, on peut donc avancer que c'est une endocardite *gangréneuse*.

Quant au mécanisme suivant lequel la mort a été produite, il est facile à concevoir ; car les orifices aortique et auriculo-ventriculaire droit étaient presque complétement obstrués. La circulation ne pouvait plus avoir lieu.

Nous pourrions encore, ainsi que nous l'avons fait dans notre mémoire à l'Académie de Médecine, insister sur la présence de cette fausse membrane dans le ventricule droit exempt d'inflammation. Ce fait ne semble-t-il pas démontrer qu'en dehors de la puissance qu'ont les surfaces séreuses enflammées de produire une exsudation concrète, susceptible de former des fausses membranes, le sang lui-même possède cette propriété formatrice quand il a subi l'influence des tissus enflammés ou quand il s'est enflammé peut-être primitivement. C'est du moins ce qu'il est rationnel de conclure de notre observation où l'on peut suivre de l'œil cette *membranification* du sang modifié par l'inflammation. Mais nous laissons ce débat pour d'autres occasions.

Ce fait nouveau vient donc prêter un solide appui aux beaux travaux de M. le professeur Bouillaud sur les maladies de la membrane interne du cœur et sur les lésions consécutives qu'elles peuvent produire. Qu'il me soit permis, monsieur le rédacteur, de saisir cette occasion pour manifester mon étonnement sur l'étrange animosité dont certains journaux font preuve à l'égard de ce célèbre professeur, l'un des médecins modernes dont les travaux originaux sont les plus nombreux. Ces pénibles réflexions sont surtout suggérées par la lecture des attaques indécentes et des comptes-rendus infidèles que *certain haut journal* ne cesse de prodiguer comme s'il se fût chargé de cette spécialité de diatribes ; bien plus s'il s'agit du médecin le plus obscur, sans titres et sans nom, dont la pratique perdue loin du monde est sans contrôle comme garantie, ses idées n'en sont pas moins accueillies avec intérêt, choyées avec bienveillance (pourvu que ce soit un abonné.) S'agit-il de faits observés dans une clinique, en présence de nombreux témoins, on ne trouve plus que le doute insultant, la critique acerbe; mais jamais un argument *de facto* pris à la même source que l'observateur qu'on critique. Comment des hommes de talent ont-ils assez peu de tact, à défaut de justice, pour ne pas comprendre que tant de blâme plein d'aigreur prodigué à tort et à travers contre un homme de mérite, laisse enfin voir les mauvaises passions qui l'inspirent, surtout lorsque ces hommes tolèrent et encouragent tant de médiocrités.

J'espère, monsieur le rédacteur, que vous voudrez bien donner accès à ces réflexions tout entières dans votre journal, que vous avez si heureusement placé en dehors des coteries et des patronages. Vous comprendrez d'ailleurs qu'il est juste que les médecins de province fassent intervenir leur opinion dans des débats scientifiques où la passion joue un rôle malheureusement trop fréquent. Placés loin de la foule et du tourbillon des intrigues de la capitale, dans une sphère restreinte mais impartiale et pure, ils n'ont point à se passionner artificiellement en faveur de telle puissance du jour qui dispose des voix dans les concours ou de recommandations dans le monde, ils composent le vrai public qui siffle ou applaudit avec impartialité. Et d'ailleurs si la postérité, qui jugera sans doute les hommes sur leurs travaux, voulait perdre son temps à lire (ce dont Dieu la préserve) les élucubrations de camaraderie où monsieur tel admire monsieur tel à charge de revanche, ne serait-il pas inique et honteux qu'elle ne trouvât pas ailleurs une voix pour s'élever entre la médiocrité riche et inconnue qu'on aurait flattée, et l'homme modeste, laborieux et calomnié dont les travaux lui seraient parvenus.

L'Expérience. — Avril 1840.

Digitized by Google

Observation remarquable d'un coup de foudre; par M. EUG. BERMOND, D.-M.-M., chef interne à l'Hôtel-Dieu St. André de Bordeaux.

Il n'est que trop commun d'entendre le récit des morts soudaines et violentes occasionnées par l'électricité céleste; mais rien n'est plus rare que de voir un foudroyé renaître à la vie, lorsque la décharge électrique a été assez forte pour anéantir, du moins en apparence, toutes les fonctions vitales pendant près d'une heure. A ce titre, et sous beaucoup d'autres rapports encore, il nous a paru convenable de publier l'histoire d'un malade que beaucoup de personnes ont vu et voient encore avec l'intérêt le plus mérité, à l'Hôtel-Dieu-Saint-André de Bordeaux, chambre des payants.

Le 29 novembre 1839, à huit heures du soir, la foudre tomba sur le navire l'*Hélène*, mouillé à l'ancre au bas de la rivière de Bordeaux, devant Goulet. Un des passagers, âgé de trente-cinq ans, qui allait rejoindre sa famille à la Guadeloupe, où il est ingénieur des ponts-et-chaussées, fut atteint par la décharge électrique et privé subitement de tous les signes de la vie.

Avec les connaissances que nous possédons actuellement en physique, aucun détail ne peut paraître trop minutieux pour expliquer comment arriva ce terrible événement.

M. Marie s'était promené pendant l'orage sur le pont, et n'était descendu dans la *chambre*, où ses compagnons de voyage jouaient à la bouillote, que sur les vives instances de l'un d'eux qui voulait lui montrer son jeu. Il s'assied sur la grande table à côté de lui, s'accoude nonchalamment en tenant les jambes croisées et le pied gauche appuyé sur une chaise fixée au plancher par une barre de fer. La grande lampe qui éclairait la table était suspendue au-dessus de la tête des joueurs au moyen d'une tige métallique attenant à la claire-voie du plafond. En un instant indivisible la foudre tombe sur le mât d'artimon, pénètre dans la chambre par la claire-voie, brise la lampe en mille éclats, bouleverse l'assiette en porcelaine contenant les jetons, et les éparpille circulairement au loin. Les passagers n'ont éprouvé qu'une commotion, à l'exception, de M. Marie que l'on trouve étendu sans aucune apparence de vitalité. Après lui avoir prodigué en vain des secours, on ne trouve rien de mieux, en désespoir de cause, que de l'exposer à une pluie battante de grêle; enfin au bout d'une heure et quart quelques mouvements révèlent que l'existence n'est pas perdue.

Tout le système pileux de la face, les cils des paupières compris, avaient été brûlés, ainsi que celui du tronc et des membres, par l'étincelle électrique. Une vaste brûlure dessinait au cou et à la poitrine le trajet parcouru par une chaîne en or garnie d'un crucifix, cadeau maternel que M. Marie gardait constamment sur lui. Les anneaux de celles-ci avaient été dispersés; on n'a retrouvé intacts qu'un fragment d'environ un décimètre, et le crucifix. D'autres brûlures du second degré parcouraient toute la longueur du membre inférieur gauche, sur le côté externe principalement, en partant de la malléole péronière où existait la plaie la plus profonde. A cette même place la foudre avait réduit en fusion la boucle en métal qui fixait la chassure, et avait enlevé celle-ci à une assez longue distance, en la dechiquetant comme auraient fait des ciseaux. Le membre inférieur droit ne présentait de brûlures qu'à la partie supérieure de la jambe droite et sur la face interne de la cuisse. Les bras avaient été entièrement préservés; il n'existait à la face que de petites phlyctènes disséminées. D'après la série des solutions de continuité précitée, on est porté naturellement à penser que c'est par la boucle externe de la botte gauche, probablement en rapport avec la barre de fer fixant la chaise, que la décharge électrique s'est faite de la nuée à la terre; elle a sillonné la surface antérieure du corps avec d'autant plus de facilité que la chaîne en or lui offrait un excellent conducteur. La boîte de la montre, en même métal, que l'on a soumise à mon examen, avait été dépolie dans une foule de points, comme si elle eût été attaquée par du mercure.

Au moment où M. Marie reprit ses sens, il récupéra toute la force de son intelligence, et ce fut en vain qu'on chercha à lui faire prendre le change sur l'origine de son mal. Il se rappela alors comme aujourd'hui la vive lumière qui l'avait douloureusement ébloui; le pétillement et la sensation de brûlure qu'il avait éprouvés à la face; le cliquetis des jetons renversés avait également frappé ses oreilles; mais il n'en fut pas de même du bruit du tonnerre dont il n'a aucun souvenir, pas plus que de toute espèce de commotion violente. Ce retour au sentiment de l'existence fut accompagné par de tristes découvertes: sa vue était entièrement abolie, toutes les parties de son corps ne semblaient plus lui appartenir, tant les sensations étaient obtuses et les mouvements difficiles: c'était une intelligence conservée intacte au milieu des ruines de l'organisation.

Les besoins d'uriner et d'aller à la selle ne se manifestèrent pas jusqu'au troisième jour. Pendant les six jours suivants, l'expulsion de l'urine et des matières fécales s'opéra avec beaucoup de difficulté.

Lorsque le malade entra à l'hôpital Saint-André, le 18 décembre 1839, les plaies des brûlures étaient encore très-vives, à granulations vermeilles, très-serrées; pouls petit, fréquent, parfois irrégulier; battements du cœur obscurs; l'auscultation n'y découvrait aucun bruit particulier, pas plus que dans les organes respiratoires. La température de la peau

Digitized by Google

était un peu abaissée; sensation pénible habituelle d'un froid de glace.

Intelligence parfaitement intacte; exagération des dangers de sa maladie; nulle espérance en la possibilité de la guérison; sommeil rare pendant la nuit, accompagné de rêves ayant pour objet des corps en ignition de toute espèce, et suscitant parfois des réveils en soubresauts avec accroissement de douleurs aux yeux. Pendant le jour, assoupissement presque continuel, lourd et fatigant; céphalalgie frontale s'étendant parfois jusqu'à l'occiput.

Les sens de l'odorat, du goût, et surtout de l'ouïe avaient acquis plus de délicatesse. C'est avec un charme inconnu jusqu'alors que les sons des orgues de Barbarie ou des clairons frappaient les oreilles du malade. Fixité et comme hébétude dans le regard. Immobilité des pupilles. Vision rétablie depuis treize jours, mais d'une manière fort incomplète; les objets ne pouvaient être distingués en quelque sorte qu'à la dérobée, et en excitant un larmoiement très-abondant, ainsi qu'un picotement très-vif. Sens du toucher obtus. Voix affaiblie notablement. Respiration lente, peu profonde.

Anéantissement complet, véritable résolution des forces musculaires. Le malade ne sent aucun lien qui unisse les membres. La colonne vertébrale, jouissant d'une flexibilité exagérée, est incapable de se maintenir sans point d'appui. Les membres inférieurs ne peuvent être mus que lentement et dans la position horizontale seulement : les jambes et les pieds paraissent lourds comme du plomb. La faiblesse des bras semble moindre. Tout le corps, dans les déplacements qu'on lui fait subir, est comme une masse inerte, obéissant au gré de la pesanteur. Ses diverses fractions, étrangères les unes aux autres, ont le jeu désordonné, d'après la comparaison triviale, mais juste du patient, des pièces d'un *pantin de foire* articulées au moyen d'une ficelle. *Crampes* douloureuses, s'étendant depuis les orteils jusqu'aux genoux, fréquentes surtout pendant la nuit. Elles se sont manifestées pour la première fois le 10 décembre.

Appétit peu prononcé; digestions un peu difficiles attribuées aux suites d'une gastrite chronique.

Pendant les dix premiers jours qui ont suivi l'entrée du malade à l'hôpital, des bains généraux et des collyres émollients ont été prescrits. Le premier bain a été suivi d'un sentiment de bien-être assez prononcé, mais le second a produit un tel accablement qu'il n'a pas paru convenable de recourir à un troisième. Deux fois, et à trois jours d'intervalle, les sangsues ont été posées derrière les deux oreilles; la seconde application a seule produit du soulagement, mais il n'a pas été durable. La céphalalgie se fait sentir surtout pendant la nuit. Un purgatif, avec soixante-quatre grammes huile de ricin, semble avoir imprimé des secousses salutaires à l'économie, et diminué un peu le sentiment général d'engourdissement. Pansement des brûlures avec le linge cératé.

Le 26 décembre, aucune modification notable dans les symptômes. Seulement le malade n'a découvert qu'aujourd'hui la paralysie de l'œil droit. Éprouvant plus de douleur qu'à l'habitude dans cet œil, il s'est avisé de s'en servir en fermant celui du côté opposé, et il a eu la douloureuse surprise de ne pouvoir rien distinguer. Il avait été jusqu'alors dupe d'une véritable illusion, en croyant percevoir avec les deux yeux les images que lui transmettait l'œil gauche seul. (Continuation du collyre émollient. — Soupe au lait.)

Le 10 janvier 1840, il y a huit jours que le malade est soumis à l'usage du sulfate de quinine à la dose de 40 centigrammes dans une potion. L'association à ce sel de 5 centigrammes extrait gommeux d'opium, et dans une autre circonstance de 2 centigrammes acétate de morphine, a été bientôt suspendue, ayant pour effet d'augmenter l'engourdissement des membres sans diminuer les douleurs des crampes. Le sulfate de quinine a été préféré à l'extrait de quinquina coupé avec du lait, qui, donné pendant deux jours, a eu l'inconvénient d'irriter l'estomac.

Même résolution musculaire; la sensibilité des yeux est un peu moindre, grâces surtout au port habituel d'un abat jour. L'œil droit a pu percevoir aujourd'hui des rayons lumineux. Larmoiement abondant; sensation continuelle de petits graviers sous les paupières; pouls un peu petit; sensation de froid moins vive. Les brûlures sont en voie de cicatrisation. Le malade suce quelques côtelettes.

Le 12 janvier, l'appareil électromoteur de M. Fozembas, de Bordeaux, a été appliqué hier au genou droit, en dessus d'une plaie qui persiste plus opiniâtre et plus douloureuse que les autres, et aujourd'hui sur le front. Des effets remarquables se sont fait sentir : les douleurs de la plaie on disparu comme par enchantement; les crampes ont été moins vives la céphalalgie moindre. Le malade a goûté pour la première fois un sommeil agréable et réparateur.

Le 14 janvier, le sulfate de quinine n'a pas cessé d'être administré tous les jours en potion et à la dose de quarante centigrammes. Il cause le plus grand plaisir au malade qui dit en retirer progressivement un surcroît d'énergie vitale, un rétablissement de calorification, une diminution dans l'assoupissement, et enfin une excitation dans l'appétit, ainsi qu'une activité plus grande dans les fonctions digestives.

Le 8 février, l'œil droit a subi, depuis le 10 janvier, des améliorations assez rapides. Dans ses progrès, la vision a donné lieu à des remarques inté-

Digitized by Google

ressantes. D'abord le malade ne percevait que les ombres des personnes. Puis sont survenues des illusions d'optique qui faisaient paraître à distance les objets très-allongés en divers sens, comme dans certains miroirs courbes. Plus tard la teinte grise générale des objets a fait place à la perception de leurs véritables couleurs. Les yeux ont conservé une sensibilité qu'avaient semblé d'abord exaspérer les collyres liquides; aussi leur avait-on substitué avec avantage les cataplasmes avec la pulpe de pomme cuite. Maintenant l'eau de rose et de plantain est préférée par le malade à tout autre topique.

Depuis trois jours un phénomène assez curieux est venu surprendre le malade. Par moments, l'image des traits sinueux et brillants de la foudre apparaît à ses yeux, en suivant une direction rapide de haut en bas et en s'évanouissant tout à coup.

Pupille toujours immobile et dans un état de dilatation normale.

Les crampes ont diminué d'intensité; naguère elles étaient quelquefois assez fortes pour imprimer un mouvement de ressaut aux deux jambes; d'autres fois, au lieu de s'arrêter aux genoux, elles s'étendaient jusqu'aux hanches, et alors le mouvement général de ressaut s'accompagnait d'un bruit de claquement dans les articulations coxo-fémorales. Ces crampes, qui ne se sont jamais fait observer aux bras, sont plus prononcées dans la jambe droite que dans la jambe gauche; pendant quelles ont lieu, la vitalité des membres, qui sont déjà notablement atrophiés, semble reprendre de l'énergie: le tact y paraît alors moins obtus. Parfois aussi, le malade sent ses jambes comme rapidement labourées par des fusées électriques.

Nous noterons que, depuis une quinzaine de jours environ, de la roideur s'est manifestée dans les régions dorsales et lombaires, ainsi que dans les cordes tendineuses des jarrets; plus tard les articulations des coude-pieds ont participé à la même roideur. Ce premier contraste avec la flaccidité antérieure des membres nous a paru de bon augure, ainsi qu'au malade, qui a eu dès lors la conscience de ses muscles. Depuis la même époque, il a pu porter lui-même sa cuiller à la bouche pour manger la soupe. Les bras, en supportant divers objets, ne donnent plus une sensation aussi exagérée de leur pesanteur. Dès ce moment encore le malade a essayé de faire quelques pas, en se faisant soutenir fortement les reins par un infirmier.

L'appétit est bon; les digestions sont faciles. (Deux côtelettes.)

Le 15 février, le malade peut se tenir debout sans appui. (Demi-poulet à chaque repas.) La vision est plus nette, surtout pour l'œil gauche, et permet de distinguer les contours des objets.

Le 1er mars, les deux yeux éprouvent encore par moment un sentiment de brûlure ou de gravier. Il y a quelques jours, le malade s'est aperçu, en essayant les lunettes (n. 13) de son ami, âgé de soixante ans, que par ce moyen il lui était possible de lire les caractères d'imprimerie. Il s'est empressé de profiter de cette découverte pour écrire à sa famille. Son écriture a été très-imparfaite, à cause de l'état du toucher. Il lui semble que les objets tenus entre les doigts en sont séparés par une pellicule d'oignon. Toutefois, il est moins exposé qu'auparavant à des illusions. Il ne lui arrive plus par exemple de croire tenir un corps lorsque celui-ci a déjà fui de ses doigts. Il n'est pas non plus tout à fait insensible comme auparavant au chatouillement de la paume des mains, et la plante des pieds, lorsqu'elle repose sur le sol, n'en paraît plus séparée par une enveloppe de coton, pour nous servir de l'expression de M. Marie.

Depuis hier, des sueurs ont apparu pendant la nuit; jusqu'alors la transpiration avait été complétement nulle. Un premier bain hydro-sulfureux avait été administré la veille.

Enfin, pour la première fois encore, le malade a la conscience d'une solidarité d'union, d'une *articulation* entre la jambe et la cuisse. Les genoux, qui pliaient d'eux-mêmes, donnent la sensation d'une résistance.

Le 30 mars, les bains hydro-sulfureux donnés dans le but d'exciter l'énergie des muscles ont été suspendus, parce qu'ils semblaient en augmenter la roideur; il en a été de même pour les frictions avec la teinture de quinquina qui avaient remplacé celle avec l'huile de jusquiame; ces dernières avaient au contraire favorisé la torpeur de la faculté contractile. Les bains gélatineux sont actuellement en usage; la potion avec le sulfate de quinine a été fidèlement continuée, à la grande satisfaction du malade qui divinise le bien-être qu'il en a éprouvé. L'appareil de Fozembas n'est plus employé depuis une semaine environ.

Pendant ce mois, des progrès vraiment remarquables se sont opérés dans la locomotion: peu à peu le malade a été capable de marcher avec des béquilles, plus tard avec une canne seulement; maintenant il peut le faire sans aucun point d'appui, mais d'une manière lente et peu sûre encore, à cause de la roideur qu'il éprouve dans les mollets. Les bras agissent très-bien; la vue est en bon état; l'érection dans le pénis a commencé à se manifester. Mais une circonstance bien curieuse qui n'a jamais failli jusqu'à ce moment, c'est une succession bien régulière de jours bons ou mauvais, comme dit le malade. En effet, un malaise général, la céphalalgie, la roideur musculaire, une aptitude moins grande à l'exercice, se montrent régulièrement tous les deux jours. Heureusement que les progrès de la locomotion ne sont pas enrayés, les muscles prennent du volume,

Digitized by Google

et tout fait espérer que prochainement M. Marie pourra s'embarquer pour rejoindre sa patrie et sa famille.

Un coup d'œil rapide d'analyse sur le fait qu'on vient de lire nous conduit aux propositions suivantes :

1° La décharge électrique qui s'est faite de la nuée à la terre s'est dirigée de la tête vers le pied gauche de M. Marie. En effet le membre inférieur droit n'a éprouvé des brûlures que jusqu'à l'endroit où s'opérait son entrecroisement avec la jambe opposée lors de l'accident. Les membres supérieurs n'ont reçu en *quelque* sorte que de simples irradiations latérales du fluide électrique, puisqu'ils n'ont présenté aucune brûlure.

2° La direction dans laquelle s'est propagé le fluide électrique à la surface antérieure du corps nous paraît avoir été influencée par la présence des corps métalliques (chaîne en or, montre de même métal, boucle d'acier).

3° Le fluide électrique a parcouru le trajet des ramifications principales de l'axe cérébro-spinal. Les centres nerveux ne paraissent avoir été atteints qu'avec beaucoup moins d'intensité, et comme en *seconde ligne*. Abstraction faite de la première heure, la *céphalalgie* et l'assoupissement ont été les seuls symptômes de la participation de l'encéphale aux effets de la fulmination.

4° L'abolition complète dans les premiers moments, et plus tard incomplète de la sensibilité et de la contractilité (les muscles de l'œil et l'iris n'ont pas été étrangers à ces désordres), a été la suite d'une perturbation violente de l'innervation. Ce fait se rattache à l'inaptitude connue du système musculaire des sujets morts sidérés à répondre aux excitations électriques.

5° La perturbation de l'innervation a été accompagnée ou suivie d'une accumulation exagérée de fluide électrique dans les organes chargés de cette fonction, s'il faut surtout en juger d'après l'efficacité des moyens propres à soutirer ce fluide.

6° Le trouble de la circulation et de la respiration, celui de la calorification qui devait en être la conséquence, peut-il être attribué à la part qu'auraient prise au désordre les plexus nerveux des artères et du cœur? Le sang lui-même a-t-il été étranger à toute modification chimique?

7° Nous n'avons presque rien à dire sur l'influence ressentie par les organes exhalants et sécréteurs. Les glandes lacrymales ont énormément sécrété, tandis que d'une autre part la peau n'a fourni que très-tard ses liquides perspiratoires.

8° Les premiers bains administrés au malade soit à Goulet, soit à l'Hôtel-Dieu, ont occasionné un très-grand soulagement. On sait que l'eau est un excellent conducteur du fluide électrique, qu'elle l'absorbe et le dissout avec facilité.

9° Les saignées générales n'ont pas été pratiquées, à cause de la faiblesse excessive du malade, maigre d'ailleurs et doué d'un tempérament sec et nerveux.

10° L'appareil électro-moteur de M. Fozembas a eu des avantages précieux et incontestables. Cet appareil se compose d'une boîte en verre, présentant dans son fond une double surface métallique, dont l'inférieure est armée d'un grand nombre de pointes d'acier très-aiguës. Au centre de la boîte est une petite ouverture donnant passage à un cordon conducteur, destiné à faire communiquer la surface métallique supérieure avec le sol ou réservoir commun. Un petit réseau de soie est étendu entre les bords de la base de la boîte pour préserver la peau de l'action des pointes placées à l'intérieur. L'appareil est fixé à un bandeau de soie qui sert à son application sur les parties. Voici maintenant la théorie de cet appareil, dont l'idée mère honore beaucoup son inventeur. Une partie est-elle le siége d'une condensation d'électricité animale, les aiguilles placées vis-à-vis d'elle lui cèdent continuellement une électricité opposée à celle qu'elle renferme, et tendent ainsi à neutraliser peu à peu cette même électricité, de manière à en rétablir l'équilibre naturel. La communication permanente des aiguilles avec le sol, au moyen du conducteur métallique, rend cette action progressive et continue. (Voyez l'ouvrage intéressant de M. le docteur Coudret, intitulé *Recherches médico-physiologiques sur l'électricité animale*, Paris, 1837.)

Aussitôt après que nous avons eu recours chez M. Marie à l'électro-moteur médical, le sommeil est devenu doux et agréable, les douleurs des brûlures ont disparu, les crampes ont eu moins de vivacité. Déjà, pour faire disparaître ces contractures musculaires, on avait essayé inutilement les moyens banaux, tels que la tige de fer placée sous les matelas du lit, dans la direction de la partie souffrante, l'application des pieds nus contre le sol, etc.

11° Le trouble des fonctions nutritives et le sentiment profond qu'il donnait d'un anéantissement complet des forces a été merveilleusement modifié par le sulfate de quinine. Dès les premières doses, M. Marie s'est senti en quelque sorte doué de l'aptitude à vivre; car il en avait toujours douté, avec l'absence complète d'énergie dans laquelle il se trouvait. Cet alcaloïde a été administré sans interruption tous les jours pendant quatre mois consécutifs, sans jamais causer la moindre excitation à son estomac, bien qu'il eût été le siége d'une longue irritation chronique. Rien n'égale l'enthousiasme du malade pour ce médicament. C'est par lui, disait-il, que je me suis animé de mouvement, de chaleur et de vie.

12° Le retour des images de la foudre sur la rétine

Digitized by Google

et l'intermittence des jours de bien-être et de malêtre se rattachent à des lois déjà connues du système nerveux.

13° Les progrès de la force musculaire ont été signalés et accompagnés par une roideur des organes contractiles, qu'avait même augmentée les bains sulfureux et les topiques excitants. Ces derniers ont été abandonnés pour faire place aux bains gélatineux et aux liniments huileux.

BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.—Avril 1840.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR FOVILLE AYANT POUR TITRE : *Considérations sur la structure de l'encéphale et sur les relations du crâne avec cet organe* (commission, MM. BOUILLAUD, BOUVIER, et BLANDIN rapporteur).

Messieurs,

Quelque variés, quelque remarquables que soient les travaux entrepris jusqu'ici pour découvrir la constitution anatomique de l'encéphale, ils sont malheureusement bien loin encore d'avoir donné le dernier mot de la science à cet égard ; sans doute, tout ou presque tout a été dit sur le nombre et sur la forme des masses médullaires dont le rapprochement constitue cet intéressant et mystérieux organe ; mais l'histoire de la composition intime, que dis-je même ? le simple mode de continuité entre elles de ses différentes parties, ont à peine été effleurés. Les recherches de Gall sous ce rapport ne l'ont guère conduit qu'à la proclamation de ce fait, depuis longtemps reconnu par tous les anatomistes, savoir : *que les pédoncules cérébraux sont formés de fibres longitudinales, fibres qui émanent du bulbe supérieur de la moelle, traversent la protubérance annulaire et vont, en divergeant de plus en plus, s'étaler, s'épanouir comme il le disait dans les hémisphères.*

Mais les fibres antérieures, latérales et postérieures du bulbe, se terminent-elles indifféremment dans toutes les parties du cerveau ? ou bien, les unes et les autres ont-elles une destination particulière, parfaitement déterminée ? appartiennent-elles à tel groupe de circonvolutions ou à tel autre? celles-ci en un mot ont-elles à la fois des rapports de continuité et des rapports fonctionnels, avec tel ou tel faisceau de la moelle épinière? Voilà une série de questions importantes, que Gall avait bien posées, mais auxquelles il se flattait vainement d'avoir répondu d'une manière satisfaisante quand il affirmait simplement : *que les fibres des pyramides s'étendent vers les parties postérieures des hémisphères cérébraux.*

On ne saurait donc accueillir avec trop de faveur les travaux entrepris dans cette direction ; il faut d'ailleurs en convenir, quelle que soit l'opinion qu'on ait sur la doctrine anatomo-physiologique de Ch. Bell, qu'on la considère ou non comme appuyée sur une base solide, elle a répandu un intérêt tout particulier sur ce sujet ; cette doctrine suggère en effet naturellement l'idée, que l'encéphale, source première de toute sensibilité et de toute motilité, pourrait bien avoir des départements distincts pour l'une et pour l'autre ; et que peut-être un jour viendra, où l'anatomie en posera les limites. C'est là précisément le fait capital auquel M. Foville croit être arrivé ; et cela sans qu'aucune *idée préconçue* ait dirigé ses recherches, sans par conséquent que le prisme quelquefois trompeur de la physiologie en soit venu modifier les résultats.

Dans un premier mémoire, lu à l'Académie en 1825, M. Foville avait déjà cherché à établir 1° Que le pédoncule cérébral est formé de deux couches distinctes, l'une *inférieure* et *antérieure*, l'autre *supérieure* et *postérieure;* la première, continue avec les pyramides, la seconde plus spécialement en rapport avec la partie postérieure du bulbe ; 2° que ces deux couches élémentaires du pédoncule se réunissent ensemble, et traversent ensuite la couche optique et le corps strié ; 3° que dans le corps strié le pédoncule sépare en deux noyaux distincts de substance grise qu'il y rencontre ; 4° qu'au delà de ce point, ses fibres forment une expansion rayonnante qui ne tarde pas à se diviser en trois plans, un *interne*, un autre *supérieur*, le troisième *inférieur;* 5° que le *plan interne*, recourbé transversalement vers la ligne médiane, va former le corps calleux ; 6° que le *plan supérieur* suit une marche légèrement oblique en haut et en dehors, et va doubler l'écorce grise de l'hémisphère ; 7° que le *plan inférieur* se dirige immédiatement en bas, contourne les parties externes et inférieures du corps strié, puis se relève, près de la ligne médiane, pour former le côté correspondant du trigône et de la cloison transparente ; 8° enfin, que la disposition de la partie supérieure du pédoncule au centre même du cerveau donne assez exactement l'image de la moelle épinière, dont les nerfs seraient représentés par les fibres du plan de l'un et l'autre hémisphère. Sans doute, ce travail était un grand progrès pour l'anatomie de structure de l'encéphale, mais il restait encore à déterminer la destination précise de chacun des trois plans qui résultent de la remarquable division de la partie supérieure du pédoncule, et à fixer surtout la part que prennent à la formation de chacun d'eux les fibres antérieures et postérieures de la moelle épinière. Or c'est ce pro-

blème ardu, sans la solution duquel l'histoire des connexions de la moelle avec le cerveau demeure nécessairement incomplète, que M. Foville s'est proposé dans le mémoire dont nous devons vous rendre compte.

Suivant cet anatomiste, en sortant de la protubérance, les deux plans fibreux qui constituent les pédoncules suivent des directions bien différentes; les *fibres pyramidales* montent obliquement en avant et en dehors, à travers la couche optique et le corps strié, se rendent vers la face convexe de l'hémisphère, et s'y partagent en deux plans, l'un *supérieur*, l'autre *inférieur*, tous les deux destinés aux circonvolutions qui forment la partie externe et convexe de l'hémisphère. *Les fibres qui émanent de la partie postérieure du bulbe* se séparent également en deux plans dans le centre même de la couche optique, et entourent d'un anneau complet fort remarquable le faisceau ascendant des fibres pyramidales. Le *plan supérieur* de ces fibres le plus considérable des deux s'avance jusque dans le corps strié, se dégage de la partie externe de ce corps et de la couche optique, se recourbe aussitôt en haut et en dedans, et va constituer le corps calleux, commissure du pédoncule, et la plus considérable de toutes celles du cerveau. Le *plan inférieur* passe au contraire au-dessous du faisceau des fibres pyramidales en dedans et en avant de la partie latérale de la fente de Bichat; produit le nerf optique d'abord, le nerf olfactif un peu plus loin, et constitue au-dessus du corps strié, en dedans de la scissure de Sylvius, en arrière du lobule frontal, en avant et en dedans du lobule temporal, un espace blanc, perforé d'une multitude de trous vasculaires symétriquement disposés, que M. Foville appelle *quadrilatère perforé*. Suivant lui, cet espace est comme un centre duquel procèdent et vers lequel se terminent les fibres arciformes, qui constituent un certain nombre de cercles fibreux, entourent la partie pyramidale du pédoncule et se terminent d'une manière spéciale dans l'hémisphère.

Sans compter l'anneau formé dans la couche optique, autour du faisceau des fibres pyramidales du pédoncule, par les fibres postérieures de celui-ci, M. Foville signale encore comme procédant de l'espace blanc perforé, et par suite de la partie postérieure du bulbe, 1° *Le tænia semi-circulaire*; 2° *une bandelette* analogue à la précédente qu'on n'avait pas décrite jusqu'ici et qui entoure la partie externe du corps strié comme le tænia entoure la partie externe de la couche optique; 3° *les deux moitiés de la voûte et les corps frangés* qui leur font suite en arrière; 4° *les deux bandelettes médianes et longitudinales* du corps calleux; 5° enfin le faisceau fibreux remarquable qu'il appelle l'ourlet.

Suivant M. Foville ce faisceau de l'ourlet procède de la partie antérieure du quadrilatère perforé, se dirige en avant, au-dessus de la circonvolution qui supporte le processus olfactif, se replie sur le genou antérieur du corps calleux, suit la face supérieure de ce corps, se recourbe en arrière avec lui, passe en dehors de la fente de Bichat, et vient, en formant un crochet, se terminer sur le quadrilatère perforé, en dedans de la scissure de Sylvius, dans la circonvolution la plus interne du lobule temporal. Ce remarquable faisceau forme ainsi la base d'une circonvolution annulaire comme lui, qui contourne le corps calleux dans son trajet, circonvolution que M. Foville appelle *circonvolution de l'ourlet*, parce qu'elle constitue le rebord ou la marge de la membrane de l'hémisphère.

De la sorte, messieurs, quelque nombreuses et quelque variées que paraissent les circonvolutions du cerveau, elles forment deux classes bien distinctes; les unes couronneraient le sommet des fibres ascendantes des pyramides antérieures, et seraient doublement en rapport avec la partie antérieure de la moelle et les racines antérieures des nerfs rachidiens; les autres placées sur le trajet des fibres postérieures du bulbe, seraient continuées non-seulement avec les racines postérieures des nerfs de la moelle, mais encore avec trois nerfs cérébraux *l'olfactif*, *l'optique* et *l'acoustique*; nerfs sur les fonctions desquels il ne peut s'élever aucune contestation sérieuse, ainsi que M. Foville le fait justement observer; en outre, suivant M. Foville, les circonvolutions pyramidales occuperaient le centre de la partie externe et convexe des hémisphères, tandis que toutes celles qui ont pour base le faisceau fibreux de l'ourlet et ses embranchements tout à fait excentriques, formeraient la face plane des lobes cérébraux, la partie la plus inférieure du lobule temporal, et ce groupe remarquable que renferme la scissure de Sylvius, et qui porte le nom d'*Insula*.

Quoi qu'il en soit, M. Foville n'a pas seulement cherché à établir que les deux principaux faisceaux de la moelle ont dans le cerveau des départements distincts; il nous a montré, en outre, que le corps calleux et les autres commissures plus petites sont des dépendances des fibres postérieures du bulbe, tandis que les communications médianes sont entièrement étrangères aux parties qui sont placées sur le trajet des fibres pyramidales du pédoncule. Cette circonstance, messieurs, est bien importante; car elle permet de concevoir des faits dont la loi jusqu'ici nous avait échappé, et qui se reproduit tous les jours dans la pratique, savoir: que les lésions de la sensibilité dans les hémiplégies sont beaucoup moins complètes que les lésions de la motilité. En effet, par suite de la réunion médiane des parties affectées aux fonctions sensoriales, le nerf

Digitized by Google

sensitif est toujours en rapport avec les deux côtés du cerveau, tandis qu'il en est tout autrement pour les nerfs moteurs qui émanent des régions auxquelles les commissures sont entièrement étrangères. M. Foville signale en outre une remarquable analogie de structure entre les fibres de deux ordres qui constituent les pédoncules, et les cordons également de deux ordres qui forment le système nerveux périphérique. Suivant lui, les fibres pédonculaires qui émanent de la partie postérieure du bulbe, semblables sous ce rapport aux nerfs que Ch. Bell considère comme affectés aux fonctions sensoriales, présenteraient sur leur trajet des renflements grisâtres, véritables ganglions, avec lesquels elles se confondraient et desquels elles recevraient une multitude de fibres nouvelles, tandis que les fibres pyramidales, ainsi que les nerfs moteurs, n'offriraient rien de semblable.

Après ces considérations, si nouvelles et si pleines d'intérêt, M. Foville présente, sous forme de corollaires, les propositions suivantes, que nous ne pouvons mieux faire que de livrer aux méditations de l'Académie. Toutes les parties fibreuses du cerveau sont simplement *conductrices*. Les unes, continues à la face interne des circonvolutions d'une part, et aux pyramides de l'autre, sont destinées à transmettre l'influence qui détermine les mouvements volontaires. Les autres, intermédiaires aux parties postérieures de la moelle et à la circonférence des hémisphères, transmettent au cerveau les impressions relatives aux phénomènes divers de sensibilité.

La substance corticale des circonvolutions paraît être le *substratum matériel*, par l'intermédiaire duquel la volonté dirige les mouvements. Les lésions de cette substance sont celles que signalent depuis 20 ans comme les plus fréquentes, les médecins, assez nombreux aujourd'hui, qui croient trouver dans le cerveau des aliénés des altérations en rapport avec les symptômes caractéristiques des affections mentales. L'atrophie des circonvolutions, si fréquente dans la démence, résulte certainement de l'abolition des fonctions de l'écorce grise de ces parties; l'amoindrissement de la substance blanche dans ces cas survient de la même manière que l'atrophie des nerfs optiques chez les aveugles.

Telle est, messieurs, la première partie du travail dont nous étions chargés de vous rendre compte. Nous aurions fini sur ce point, si, quelque temps avant la lecture de M. Foville, un de vos honorables collègues, M. le professeur Gerdy, n'avait publié sur le même sujet, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, un mémoire dans lequel se rencontrent des vues qui ne laissent pas que d'avoir certains rapports avec celles que nous avons précédemment analysées. Vous comprenez, dès lors, qu'il importe dans l'intérêt de la vérité, et pour vous mettre à même de porter votre jugement avec une parfaite connaissance des choses, que nous vous donnions un aperçu rapide des analogies et des différences que présentent les travaux de ces deux anatomistes. MM. Gerdy et Foville ont également reconnu, chacun de leur côté, la disposition annulaire des parties du cerveau qui couronnent la partie supérieure des pédoncules, et tous les deux décrivent comme formant des cercles distincts : 1° *La circonvolution marginale de l'hémisphère qui suit le contour du corps calleux ;* 2° *les deux filets longitudinaux de celui-ci ;* 3° *la voûte à trois piliers et le corps frangé ;* 4° *la couche optique ;* 5° *le corps strié;* 6° enfin, *le tænia semi-circulaire.* Mais d'une part M. Gerdy compte encore parmi les cercles qu'il admet le *corps calleux* et la *toile choroïdienne*, que M. Foville considère comme d'une nature différente; et d'un autre côté, ce dernier comprend parmi les cercles médullaires un *tænia particulier* que ne mentionne pas M. Gerdy, tænia analogue à la *bandelette semi-circulaire*, et placé en dehors du corps strié, à son point de jonction avec l'hémisphère. Par conséquent, s'il est bien certain que M. le professeur Gerdy a sur M. Foville l'antériorité sous le rapport de la connaissance de ce fait, que certaines parties de l'encéphale ont une disposition annulaire autour de ces pédoncules ; il n'est pas moins bien établi que ces deux anatomistes ne se trouvent plus entièrement d'accord dans les déterminations particulières : le premier rangeant parmi les cercles du cerveau des parties auxquelles le second ne reconnaît pas ce caractère, et réciproquement, celui-ci faisant entrer dans sa classification des parties que celui-là en écarte avec le plus grand soin.

Une considération qui caractérise plus nettement que nous n'avons pu le faire jusqu'ici les travaux de MM. Gerdy et Foville, c'est que le premier s'est particulièrement attaché à l'étude de cette remarquable disposition annulaire que nous avons signalée; tandis que le second, sans négliger cette donnée, insiste surtout sur ces faits que tous les cercles qu'il décrit ont une base fibreuse, que les fibres se terminent par leurs extrémités opposées dans la partie postérieure de la moelle et du pédoncule, et qu'ainsi tous se trouvent en relation de continuité avec ceux des nerfs que la plupart des anatomistes considèrent aujourd'hui comme affectés aux fonctions sensoriales. D'ailleurs la description des anneaux médullaires qui embrassent les pédoncules du cerveau ne constitue qu'une partie du mémoire de M. Foville; cet anatomiste y démontre en outre, comme nous l'avons dit précédemment, que les commissures appartiennent au même système de fibres que les cercles, c'est-à-dire à celles

Digitized by Google

qui émanent de la partie postérieure du bulbe, et, ce qui est plus important encore, il établit que certaines circonvolutions sont exclusivement en rapport de continuité avec les pyramides, tandis que d'autres sont le point spécial de terminaison des fibres auxquelles appartiennent les cercles et les commissures.

Dans la seconde partie de son travail, M. Foville appelle votre attention sur quelques particularités de la boîte osseuse encéphalique, et surtout sur les rapports de sa forme avec celle de l'important organe qu'elle renferme. Voici d'ailleurs les résultats auxquels il est arrivé.

Si l'on divise transversalement les deux bosses frontales par un trait perpendiculaire à leur surface, et que l'on poursuive cette division à quelque profondeur, on ouvre d'une part les ventricules latéraux à la hauteur de leur extrémité ou corne antérieure, et l'on arrive d'autre part sur le genou du corps calleux; celles-là répondant exactement à ces bosses, et celui-ci se trouvant en rapport avec leur intervalle. Si l'on divise de la même manière les deux bosses occipitales supérieures, on parvient à l'extrémité ou corne postérieure des ventricules.

La section perpendiculaire des deux bosses *pariétales* conduit directement sur la partie postérieure du corps calleux, c'est-à-dire sur la région la plus spacieuse et la plus saillante en dehors des ventricules, celle qui représente, en quelque sorte, le confluent des étages supérieurs et inférieurs de ces cavités.

Enfin, si l'on traverse la portion écailleuse du temporal, au niveau de la bosse oblique en bas et en avant qu'elle présente, on ouvre le fond de la région temporale du ventricule correspondant, tandis qu'on pénètre dans la scissure de Sylvius si l'on agit au contraire dans la direction de la dépression placée au-devant de la bosse précédente.

De la sorte, suivant M. Foville, les ventricules impriment leurs contours sur les parois de la boîte encéphalique, et modifient d'autant plus sûrement la forme générale de cette cavité, que rien dans le développement des parties superficielles du cerveau n'explique les bosses constantes que présente cette boîte. La comparaison approfondie de la forme de ces bosses et des parties correspondantes des ventricules, ne laisse aucune place au doute sous ce rapport; en effet, les *bosses frontales* sont rondes ou ovales comme la corne antérieure des ventricules; les *bosses occipitales*, mais surtout les fosses qui leur correspondent à l'intérieur sont un peu plus aiguës, ainsi que la partie postérieure des ventricules : les *bosses temporales* sont obliques comme la région temporale des ventricules; enfin la convexité de la région sincipitale est parfaitement en rapport avec la voussure de la face supérieure du corps calleux.

Du reste, cette influence des sacs ventriculaires du cerveau sur les parois du crâne, que M. Foville signale avec un si grand soin, avec une si rigoureuse exactitude, ne l'empêche pas de reconnaître la part qu'ont les circonvolutions des hémisphères dans la modification de la boîte encéphalique, seulement il n'attribue à celles-ci qu'une importance secondaire sous ce rapport.

L'observation démontre, en effet, que, dans les cas où les circonvolutions sont très-grosses, le crâne conservant toujours la forme générale que lui impriment les ventricules, se renfle dans les régions intermédiaires; de telle sorte que ses bosses restent peu prononcées, tandis que, au contraire, sur les sujets chez lesquels les circonvolutions n'ont qu'un médiocre développement, les bosses frontales, pariétales et occipitales, sont très-apparentes. Dans le premier cas, pour employer les expressions caractéristiques de M. Foville, la forme du crâne est plus cérébrale que ventriculaire, tandis qu'elle est plus ventriculaire que cérébrale dans le second.

Dans l'hydrocéphalie chronique, par exemple, dans laquelle les ventricules agrandis et distendus par une abondante sérosité, exercent sur les parois crâniennes une influence incomparablement supérieure à celle des circonvolutions hémisphériques, rudimentaires et presque atrophiées, les bosses frontales, pariétales et occipitales supérieures sont extrêmement prononcées, et le crâne offre le plus haut degré possible de la forme ventriculaire.

Vous le voyez, messieurs, le travail de M. Foville doit, sous plus d'un rapport, exciter l'intérêt de l'Académie. Il établit aussi clairement que possible le mode des connexions du cerveau avec la moelle épinière, connexions sans la détermination desquelles il est impossible de comprendre l'influence fonctionnelle réciproque de ces deux grands centres nerveux; il montre que les racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens ont des départements distincts dans l'encéphale; il donne une appréciation beaucoup plus exacte qu'on ne l'avait fait jusqu'ici des rapports du crâne avec le cerveau; et il s'élève contre la trop grande généralisation de cette proposition, que *toute saillie ou dépression extérieure du crâne est nécessairement la fidèle traduction du développement des circonvolutions correspondantes du cerveau.*

De tels résultats, messieurs, marquent un progrès considérable dans l'histoire anatomique du système nerveux, et le travail dont ils sont la déduction est une de ces œuvres précieuses sur lesquelles, osons le dire, l'Académie n'a que rarement occasion de porter un jugement.

En conséquence, nous proposons à l'Académie de remercier hautement M. le docteur Foville de son

Digitized by Google

importante communication, et d'ordonner l'insertion de son travail dans ses mémoires.

Suivent les signatures.

L'Expérience. — Avril 1840.

Mémoire sur les tumeurs tuberculeuses du cervelet, comprimant le sinus et produisant l'hydrocéphale chronique ventriculaire; par F. Barrier, interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les progrès que la pathologie doit aux recherches nécroscopiques auxquelles on s'est livré avec tant d'ardeur depuis le commencement du dix-neuvième siècle, il en est deux incontestables : le premier appartient à l'histoire de l'affection tuberculeuse, l'autre à celle de l'influence de la compression des veines sur la production des hydropisies. Je me permettrai sur ce sujet quelques courtes considérations, qui se rattachent aux deux points de vue sous lesquels les observations que je donne dans ce travail me paraissent présenter le plus d'intérêt.

En effet, le domaine de l'affection tuberculeuse s'est considérablement agrandi depuis les travaux de Laennec. A l'époque du célèbre inventeur de l'auscultation, l'histoire des tubercules n'était bien complète que pour le poumon; mais depuis lors on a poursuivi l'étude de cette maladie dans tous les tissus. On a reconnu la nature des ulcérations chroniques de l'intestin, qui sont dues, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, à des tubercules ramollis et suppurés. La fréquence de la péritonite tuberculeuse a été établie. La phthisie laryngée a été mieux connue et mieux décrite. Les affections tuberculeuses du testicule ont pris rang dans la science. Les tumeurs tuberculeuses du cerveau avaient depuis longtemps fixé l'attention des observateurs; mais, dans ces dernières années, la science s'est enrichie d'un grand nombre de faits sur ce sujet. Ce n'est aussi que depuis quelques années qu'on a compris l'influence de la diathèse tuberculeuse sur les inflammations méningo-encéphaliques des enfants, et qu'on a pu, d'après leur nature et leur cause prochaine, en faire une espèce complétement à part. Qui ne sait encore quel rôle important joue l'affection tuberculeuse dans les scrofules, rôle tellement généralisé par quelques auteurs qu'ils ont considéré la phthisie pulmonaire comme une scrofule interne. Il n'est presque aucun tissu de l'économie dans lequel on n'ait trouvé des tubercules. Ceux du tissu osseux sont bien connus, depuis les travaux récents de Nichet et Nélaton. On a souvent rencontré des tubercules dans l'épaisseur des muscles, et j'ai constaté leur présence dans l'épaisseur même des tendons. Ces divers travaux ne se sont pas accomplis sans établir dans la science deux vérités très-importantes, savoir : 1° que l'affection tuberculeuse, considérée sans distinction des tissus qu'elle affecte, est extrêmement fréquente; 2° qu'elle s'associe, dans un grand nombre de cas, à d'autres maladies, qu'elle complique, soit comme cause persistante, soit comme élément principal ou accessoire.

J'ai dit, d'une autre part, que les recherches d'anatomie pathologique n'avaient pas moins contribué à augmenter nos connaissances relativement à l'influence que l'oblitération des veines exerce sur le développement des hydropisies. On sait, en effet, que beaucoup d'hydropisies, considérées autrefois comme essentielles, peuvent maintenant être rattachées à des lésions siégeant, soit dans les veines, soit autour d'elles, mais qui, dans tous les cas, interceptent ou gênent le cours du sang veineux. C'est même par une généralisation anticipée de ces faits que quelques esprits s'étaient hâtés de déposséder toutes les hydropisies de l'essentialité qu'on doit encore reconnaître à quelques-unes. Mais si l'on a bien connu le mécanisme par lequel se forment les hydropisies cellulaires et séreuses dans les maladies du centre circulatoire, certaines ascites dans les maladies du foie, les œdèmes des membres dans les maladies de leurs veines, je ne sache pas qu'on ait déjà indiqué les tumeurs du cervelet comme causes déterminantes de l'hydrocéphale ventriculaire chronique.

Aucun fait du genre de ceux que je rapporte ici n'est consigné dans les ouvrages nombreux que j'ai consultés. Les ouvrages classiques et élémentaires, les articles des divers dictionnaires et nos principaux recueils périodiques n'en font aucune mention. Cependant parmi les nombreuses observations d'hydrocéphale chronique non congénitale que nous ont fournies les auteurs les plus recommandables, il est infiniment probable que quelques-unes appartiennent à l'espèce d'hydrocéphale qui fait le sujet de ce mémoire, c'est-à-dire à celle qui dépend de la compression du sinus droit par des tumeurs tuberculeuses développées dans le cervelet. Tulpius, Wepfer, Bonnet, Valsalva, Lieutaud, avaient déjà observé que l'hydrocéphale chronique acquise se développe le plus souvent à l'âge de deux à sept ans. Or, c'est précisément à cette époque de la vie que les tubercules offrent leur plus grande fréquence, surtout les tubercules de l'encéphale. Il est également reconnu que l'hydrocéphale chronique est plus fréquente chez les enfants d'une constitution faible et lymphatique, et l'on remarque souvent la coïncidence de diarrhées et de toux opiniâtres; autres circonstances semblables à celles qui prédisposent aux tubercules ou qui annoncent même leur présence. On a depuis longtemps noté comme causes de cette

Digitized by Google

maladie certaines affections organiques de l'encéphale, telles que des tumeurs squirrheuses ou tuberculeuses, des collections enkystées et autres produits morbides qui se forment dans la substance du cervelet et des autres centres nerveux. Des faits de ce genre sont rapportés dans le *sepulchretum* de Bonnet, dans les lettres de Morgagni, dans l'*Historia anatomica* de Lieutaud et dans l'anatomie médicale de Portal. Il est à regretter que dans la plupart de ces faits on n'ait indiqué avec précision ni le siége des tumeurs, ni la saillie qu'elles faisaient à l'extérieur du cervelet, si elles étaient avec ou sans adhérence de la face inférieure de la tente cérébelleuse, si elles se prolongeaient vers la terminaison des veines de Galien dans le sinus droit. En un mot, il est évident que si quelques-unes de ces observations se rattachent à notre sujet, on a complétement méconnu la compression du sinus droit et le mode de formation tout à fait mécanique de l'hydrocéphale ventriculaire.

On trouve dans la lettre V de Lallemand (obs. 12) un fait emprunté à J. Hunter, relatif à un malade de 17 ans, à l'autopsie duquel on trouva 8 à 10 onces d'eau dans les ventricules avec coïncidence d'une dégénérescence fongueuse de la couche optique *s'étendant jusqu'au bord inférieur et postérieur de la faux cérébrale*. Il est possible que dans ce cas les veines de Galien aient été compromises par la maladie; mais l'auteur n'en dit mot. Dans sa lettre VII (obs. 24), Lallemand donne l'histoire d'une femme de 50 ans, qui mourut après un an de maladie, ayant eu des paroxismes de céphalalgie avec délire, coma et quelquefois strabisme. A l'autopsie, on trouva un épanchement considérable dans les ventricules cérébraux, et à la partie supérieure du cervelet, entre les deux lobes, un kyste ferme et blanc qui contenait de l'albumine et du sang. Dans ce deuxième cas, il existait peut-être un certain degré de compression du sinus droit; mais si cela avait lieu l'auteur l'a complétement méconnu.

La *Gazette Médicale*, de 1831 (p. 104), renferme une observation de Constant dont voici le résumé: Un enfant contracte la rougeole à l'âge de 13 mois. Un mois après apparaissent les premiers symptômes d'une hydrocéphale chronique qui devient par la suite très-considérable. La phthisie pulmonaire se développe et entraine le malade à l'âge de 20 mois. A l'ouverture du cadavre, on trouve plusieurs tumeurs tuberculeuses dans l'encéphale dont une dans le lobe médian du cervelet et une autre dont le siége est indiqué par les lignes suivantes que je transcris textuellement: « L'hémisphère gauche du cerveau présente en arrière et au niveau de l'angle que forme la face cérébrale avec la tente du cervelet un tubercule volumineux adhérent à la dure-mère dont on ne peut le détacher et à la substance cérébrale correspondante. Il est du volume d'une grosse amande. La substance cérébrale environnante est ramollie, etc. » On pourrait présumer que cette tumeur avoisinait et touchait peut-être la base de la grande faux cérébrale, que, par conséquent, le sinus droit pouvait être comprimé ou bien le siége d'une inflammation propagée dans son intérieur par le voisinage de la tumeur, laquelle inflammation avait déterminé la coagulation du sang dans le sinus. Quant à la tumeur placée dans le lobe médian du cervelet, il ne parait pas qu'elle eût un volume considérable, et l'on ignore si elle faisait en haut du cervelet une saillie assez forte pour comprimer le sinus droit.

On voit ainsi que dans tous les faits qui précèdent, de deux choses, l'une, ou la tumeur du cervelet n'apportait aucun obstacle au cours du sang dans le sinus droit, ou bien si, au contraire, l'obstacle existait, le rapport de cette condition avec l'existence de l'épanchement ventriculaire a complétement échappé à l'attention des observateurs que j'ai cités. Je n'ai pas voulu cependant terminer ces recherches historiques sans consulter le mémoire de Tonnelé sur les maladies des sinus de la dure-mère et le travail de Constant sur les tubercules encéphaliques.

Le premier de ces auteurs a réuni un certain nombre d'observations, dans lesquelles un seul ou plusieurs sinus se trouvaient oblitérés par des concrétions développées dans leurs cavités; mais dans aucun de ces faits on ne voit l'oblitération du sinus droit coïncider avec une hydrocéphale ventriculaire chronique. Cependant M. Tonnelé n'a pas complétement méconnu l'influence que l'oblitération des sinus exerce sur l'exhalation séreuse de l'encéphale, puisqu'en parlant de leurs concrétions pseudo-membraneuses, il avance que les troubles qui résultent de leur présence sont, ou une simple stase du sang dans les veines de la pie-mère et la substance du cerveau, et un épanchement séreux dans les ventricules; ou une rupture de ces veines, etc. (V. *Archives gén. de méd.*, t. XIX, année 1829, mémoire lu à l'Académie de médecine). Quant au travail de Constant (*Gaz. Méd.*, année 1836), il ne contient également aucun fait analogue à ceux dont je vais maintenant donner les observations.

Obs. I. — Un petit garçon, âgé de 3 ans, nommé Planson, atteint d'hydrocéphale chronique, est admis à l'hôpital des Enfants malades, le 3 juin 1838.

Sa mère, d'un tempérament nerveux très-prononcé, avait éprouvé pendant sa grossesse beaucoup de souffrances physiques et morales. Après sa naissance, l'enfant fut confié à une nourrice qui ne lui donna qu'un mauvais lait et des soins très-grossiers. Sevré à l'âge de quinze mois, il fut placé dans un logement humide, et la misère de ses parents les a empêchés de lui donner les soins et la bonne nour-

Digitized by Google

riture que son âge et sa faible constitution rendaient si nécessaires. Les parents ont eu deux autres enfants qui sont morts, l'un à l'âge de cinq semaines, l'autre après quatre ans d'existence, sans avoir présenté d'accidents qui aient pu faire présumer une maladie quelconque du système nerveux, mais ayant toujours eu une constitution faible et chétive. Les parents disent qu'ils sont morts en langueur. Il ne paraît pas d'ailleurs que dans la famille il ait existé aucun individu atteint d'hydrocéphale congénitale ou acquise.

Cet enfant a toujours eu la tête volumineuse, relativement aux autres enfants de son âge; cependant ce n'est que depuis six mois qu'elle a pris des dimensions véritablement anormales. C'est depuis le même temps que la sensibilité cutanée a paru exagérée au point de rendre quelquefois douloureuse une compression légère ou même un simple contact. L'intelligence, qui jusqu'à cette époque avait paru se développer comme à l'ordinaire, a diminué considérablement, et la parole a perdu depuis ce qu'elle avait déjà acquis par un exercice de quelques mois. Il n'y a jamais eu apparence de délire, ni aucun accident convulsif. Il paraît qu'il y a eu un strabisme très-prononcé dans le commencement; mais depuis trois mois il a diminué en même temps que diminuait aussi l'exagération de la sensibilité. Le sens de l'ouïe a toujours été intact. Le système musculaire n'a jamais acquis la force nécessaire à la station debout et à la progression, soit que cette faiblesse ait été un des premiers symptômes de la maladie encéphalique, soit, ce qui est plus probable, qu'elle ait été le résultat du rachitisme général dont le malade a été affecté depuis quinze à dix-huit mois. Au commencement, c'est-à-dire il y a six mois, l'enfant a paru éprouver de violents maux de tête pendant une quinzaine de jours. Les parents parlent aussi d'une chute sur la tête; mais elle a été évidemment postérieure de deux ou trois semaines au début des premiers symptômes.

État du malade à son entrée à l'hôpital. — Nous remarquons une constitution faible et un amaigrissement très-prononcé; les os longs sont atteints de rachitisme, leurs extrémités articulaires sont volumineuses; le crâne appelle fortement notre attention par sa conformation anormale; le front est proéminent et fait paraître les yeux très-enfoncés dans leurs orbites; les bosses pariétales sont extraordinairement saillantes. On ne sent toutefois ni les fontanelles, ni l'écartement des sutures. La comparaison du volume du crâne avec celui de la face rappelle tout de suite l'idée de l'existence d'une hydrocéphale (V. plus loin les dimensions prises à l'autopsie). Le poids de la tête paraît si considérable et la faiblesse des muscles telle, que le malade ne peut la soutenir droite; il la laisse tomber en avant ou en arrière, à droite ou à gauche, suivant le sens dans lequel le centre de gravité l'entraîne. La parole n'est point abolie; le malade articule quelques mots; il demande à manger et à boire, répond oui ou non à quelques-unes des questions qu'on lui adresse; au demeurant, son intelligence est peu développée. Il n'accuse aucune douleur; les sens sont intacts, excepté celui du tact général dont la sensibilité paraît encore un peu exagérée. On présume même que là réside la cause des cris et des signes de souffrances que donne le petit malade quand on le change de place dans son lit. Il n'y a pas de paralysie, mais une faiblesse considérable, comme une espèce d'atonie dans tout le système musculaire; le malade est habituellement dans l'immobilité et dans un état d'assoupissement qui rend ses sens étrangers à l'action des corps extérieurs. Rien de particulier ne s'observe aux organes génitaux. Quant aux fonctions de la vie organique, elles s'accomplissent bien, si ce n'est qu'il y a un peu de constipation. Autrefois l'enfant avertissait quand il avait des besoins à satisfaire; maintenant, il laisse aller sous lui les urines et les matières fécales.

Jusqu'au 21 juillet, jour auquel ce malade succombe, il ne survient aucune modification notable dans les symptômes de la maladie de l'encéphale. On remarque seulement que le malade tousse un peu, que la respiration n'est pas bien vésiculaire dans toute l'étendue de la poitrine, et que l'amaigrissement continue à augmenter. Bientôt se déclare une ophthalmie purulente très-grave qui entraîne en peu de jours la fonte des globes oculaires et leur suppuration prolongée. La fièvre s'allume sous cette influence; la toux augmente un peu. Enfin, le malade, réduit au marasme le plus avancé, expire vingt et un jours après son entrée.

Nécropsie. — Les viscères de l'abdomen ne présentent rien de remarquable, sauf l'accumulation de matières dures dans le gros intestin. Quelques tubercules crus se rencontrent dans les deux poumons. Les ganglions interbronchiques et ceux du médiastin sont le siége de tumeurs tuberculeuses d'un volume considérable.

Tête.—Tous les os du crâne sont ossifiés. Les sutures et les fontanelles sont complétement fermées. L'épaisseur des os est normale. Le crâne présente les dimensions suivantes :

La plus grande circonférence horizontale a 52 centimètres.

Le diamètre antéro-postérieur, mesuré à la hauteur de trois centimètres au-dessus de la racine du nez, et au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure, est de 17 centimètres.

L'écartement des deux bosses pariétales est de 15 centimètres.

La grande cavité de l'arachnoïde est humide,

Digitized by Google

mais sans épanchement. Les circonvolutions sont aplaties, tassées, serrées les unes contre les autres, et tendent à faire hernie à travers l'incision de la dure-mère. En écartant les deux hémisphères, on voit la surface supérieure du corps calleux rendue très-convexe par le liquide accumulé dans les ventricules. Ceux-ci étant ouverts, il s'écoule au moins sept à huit onces d'une sérosité pure et transparente. La dilatation des ventricules latéraux et moyen est énorme; leurs parois sont saines, sans ramollissement, mais parcourues par des rameaux veineux plus dilatés et plus gorgés de sang qu'à l'ordinaire. Les veines de Galien, logées dans la toile choroïdienne, sont volumineuses et pleines de sang. D'ailleurs, la substance propre du cerveau est parfaitement saine et ne contient pas un seul tubercule.

Après l'ablation des hémisphères, on remarque que la tente du cervelet est fortement soulevée par cet organe, et, quand on veut l'en détacher, on reconnait que le milieu de sa face inférieure adhère au lobe médian. Ce lobe est presque entièrement converti en une masse tuberculeuse, du volume d'un gros œuf de poule, qui refoule les lobes latéraux et adhère si intimement avec leurs lames qu'il est impossible de reconnaître les limites précises du lobe médian. Ce refoulement des lobes latéraux devait, sans aucun doute, produire un certain degré de compression de la totalité du cervelet. D'autre part, la saillie de la tumeur, vers le point correspondant à la base de la faux cérébrale, et le prolongement qui en part en avant et en haut pour atteindre les tubercules quadrijumeaux, déterminaient une compression assez forte, soit du sinus droit, soit de la terminaison des veines de Galien dans ce sinus. Le caillot, contenu dans ce sinus, n'est point organisé, ni adhérent; mais il est blanchâtre, ferme et solide, et, par conséquent, n'est pas de formation très-récente.

La masse tuberculeuse est à l'état de crudité. Elle présente à l'intérieur l'aspect d'un marron cru, d'une couleur jaune terne, tirant sur le verdâtre. A sa circonférence, il n'y a pas de kyste bien distinct, mais seulement une membrane mince, rougeâtre, vasculaire, se continuant avec les feuillets de la pie-mère, qui l'avoisinent.

Obs. II. — Le nommé Perrie Édouard, âgé de cinq ans et demi, est admis à l'Hôpital des Enfants au mois d'avril 1838. Né de parents bien portants, ayant quatre frères en bonne santé, et trois autres morts très-jeunes, par des causes ignorées, il a joui d'une santé assez bonne jusqu'à l'âge de quatre ans et demi; toutefois il n'était pas d'une forte constitution. Il y a un an qu'il fut atteint d'une fièvre éruptive (probablement la rougeole), qui suivit son cours sans offrir rien d'extraordinaire. Seulement, à la suite de cette maladie, la constitution de cet enfant s'affaiblit; l'embonpoint ne revint pas; les membres restèrent grêles, et les articulations devinrent volumineuses. Il y a maintenant trois mois et demi que l'enfant commença à se plaindre d'une céphalalgie occipitale de plus en plus intense, qui ne s'accompagna d'abord d'aucun autre accident. Mais, après une quinzaine de jours, il survint du strabisme, qui depuis n'a jamais complétement cessé, et en même temps des accès de convulsions, avec perte presque complète de connaissance, durant environ dix à quinze minutes, revenant le plus ordinairement tous les jours et quelquefois même deux fois par jour. A la même époque, la faiblesse musculaire s'accrut au point de rendre la marche à peu près impossible. L'enfant perdit toute sa gaieté et tomba dans une espèce d'apathie et d'indifférence telle qu'on le voyait demeurer couché sur le dos plusieurs heures de suite sans chercher à changer de position. L'intelligence s'affaiblit aussi : le malade ne répondait plus aux questions que par monosyllabes, et il n'adressait jamais le premier la parole à quelqu'un. A part le strabisme, les sens conservèrent leur intégrité. On n'a jamais remarqué une exagération dans la sensibilité cutanée, ni rien d'anormal vers les organes de la génération. Peu à peu les accidents convulsifs ont diminué et disparu; mais, d'un autre côté, la tête a notablement augmenté de volume.

Cet enfant admis à l'hôpital des Enfants malades, le 6 avril 1838, y succombe le 14 mai suivant.

Dans cet intervalle, on observa que la céphalalgie occipitale, d'abord très-intense, diminua après quelques jours, et disparut ensuite tout à fait pour reparaître seulement dans les quatre derniers jours de la vie. Le strabisme était double, convergent, et presque habituel. Les sens restèrent intacts. Il n'y eut point d'accidents convulsifs ni de paralysie proprement dite, mais le système musculaire jouissait de très-peu d'énergie; tous les mouvements s'exécutaient sans vigueur. La marche était presque impossible. Quand on faisait lever le malade et qu'on lui disait de marcher, ses jambes vacillaient sous le poids du corps et ne pouvaient le soutenir sans l'aide des mains qui cherchaient un point d'appui sur les corps environnants. L'intelligence était peu développée; cependant les réponses étaient justes. Le malade était silencieux, apathique, indifférent pour tout ce qui l'entourait. Il affectait une immobilité telle qu'il fallait lui faire changer de position dans son lit pour prévenir la formation d'eschares au sacrum par suite du cubitus dorsal prolongé. Malgré ces précautions, cet accident survint. La diarrhée se manifesta à plusieurs reprises alternativement avec la constipation. Enfin elle s'établit avec plus d'intensité vers le commencement du mois de

Digitized by Google

mai, un peu de fièvre s'alluma, la céphalalgie occipitale, reparut, le marasme fit des progrès rapides, et la mort survint.

La conformation de la tête avait fixé notre attention. En effet, le front était très-saillant ; les globes oculaires étaient fortement poussés en avant et en bas, comme si la paroi supérieure de l'orbite eût été déprimée et rapprochée de l'inférieure. Le crâne avait un volume évidemment supérieur à celui qu'il présente à cet âge de la vie. Les bosses pariétales étaient très-saillantes ; on ne trouvait d'ailleurs ni l'écartement des sutures, ni la persistance des fontanelles. Relativement au crâne, la face offrait un petit volume. En un mot, le facies était hydrocéphalique.

A l'ouverture du cadavre, notre premier soin fut de mesurer le crâne. Nous trouvâmes qu'après l'ablation du cuir chevelu, la circonférence horizontale mesurée au niveau des bosses frontales et occipitales supérieures, en passant un peu au-dessous de la partie la plus saillante des bosses pariétales, avait une longueur de 53 centimètres. Nous constatâmes ensuite les circonstances que voici. Les os du crâne ont une épaisseur ordinaire. La dure-mère est fortement tendue sur le cerveau ; à travers son incision, le cerveau fait hernie. Les circonvolutions sont très-aplaties et serrées les unes contre les autres ; leurs anfractuosités sont effacées. Le corps calleux très-convexe par sa face supérieure est profondément sillonné sur la ligne médiane par la faux cérébrale dont le bord tranchant s'oppose au soulèvement du centre ovale. L'ouverture des ventricules latéraux donne issue à 8 onces environ d'une sérosité limpide. Ces cavités sont énormément dilatées, ainsi que le ventricule moyen et même le cinquième qui contient au moins une cuillerée à café de sérosité. Il n'y a d'ailleurs aucune altération de structure dans les parois ventriculaires ; seulement les veines qui rampent à leur surface sont volumineuses et pleines de sang. Les veines de Galien sont également dilatées par du sang à demi-coagulé. Les plexus choroïdes ont une couleur rouge foncé.

Les hémisphères cérébraux sont enlevés par la section de leurs pédoncules au-dessus de l'isthme ; aussitôt l'on remarque que la tente du cervelet est fortement soulevée dans sa partie moyenne et latérale droite ; on l'incise et immédiatement le cervelet fait hernie ; cet organe mis largement à découvert nous paraît très-volumineux. Cette augmentation de volume porte surtout sur le lobe droit, quoique le lobe gauche soit aussi lui-même plus volumineux que chez la plupart des enfants de cinq à six ans. Elle est due à deux causes ; la première est la présence d'une tumeur tuberculeuse, du volume d'un œuf de pigeon à l'état cru, placée dans le centre médullaire du lobe latéral droit et dans le lobe médian. Cette tumeur rend le *vermiformis superior* très-saillant, et à son niveau la dure-mère adhère d'une manière très-intime avec la méninge viscérale. On constate par la dissection qu'au niveau de cette adhérence la tumeur atteint la superficie de l'organe ayant détruit ou refoulé les lames cérébelleuses. Elle comprimait nécessairement le sinus droit, et comme elle se prolongeait vers les tubercules quadrijumeaux, il est probable qu'elle comprimait aussi à un certain degré les veines de Galien au voisinage de leur embouchure dans le sinus droit, une autre altération explique encore le volume anormal du cervelet ; c'est une véritable hypertrophie de son centre médullaire, surtout de la partie qui appartient au lobe droit ; car ce noyau, comparé à celui du lobe gauche qui est aussi lui-même un peu hypertrophié, présente un volume presque double malgré la perte qu'il a subie par le voisinage de la tumeur tuberculeuse qui empiète sur sa partie interne ; il n'y a d'ailleurs aucune autre altération de structure dans le cervelet, ni dans le cerveau, et on n'y trouve aucun autre tubercule.

Dans les autres organes on ne trouve rien autre d'important à indiquer ici que des tubercules crus dans les poumons et dans les ganglions des bronches et du médiastin et quelques traces d'entérite.

Je ferai remarquer tout de suite que ce cas se rapproche de celui observé par Constant, et que nous avons cité plus haut, en ce que la maladie a paru se développer consécutivement à la rougeole. Robert Whytt a vu aussi l'hydrocéphale chronique commencer chez un enfant pendant la convalescence de la rougeole.

La comparaison de ces deux observations nous fait découvrir d'assez grandes différences dans les symptômes. En effet, si la céphalalgie occipitale a certainement existé dans un cas, son existence n'a été que probable dans l'autre, l'âge trop peu avancé du malade n'ayant pas permis de la constater d'une manière positive. Dans les deux cas, il y a eu du strabisme ; mais dans l'un, ce symptôme a été passager, persistant dans l'autre. Chez l'enfant de cinq ans, la sensibilité cutanée n'a pas été notablement altérée ; chez celui de trois ans, au contraire, elle a été fortement exagérée dans les premiers temps de la maladie. Chez nos deux malades, il y a eu diminution des facultés de l'intelligence et de la myotilité, et comme une espèce d'engourdissement de toutes les fonctions encéphaliques. Il n'y a eu d'accidents convulsifs généraux que chez le plus âgé de nos malades. Chez l'un et l'autre, la tête avait un volume assez considérable. Quoique la réunion des sutures et l'ossification des fontanelles fussent complètes, l'extensibilité du tissu osseux, qui est très-prononcée dans un âge si tendre, a permis au crâne d'ac-

Digitized by Google

quérir des dimensions anormales dans un espace assez court.

Si dans chacune de ces observations, on cherche ensuite à distinguer les symptômes qui appartiennent à la tumeur du cervelet de ceux qui dépendent de l'hydrocéphale, on voit que cette distinction n'est point facile. En effet, à part la céphalalgie occipitale, tous les autres symptômes peuvent aussi bien appartenir à l'hydrocephale qu'à l'affection du cervelet. Pour ceux qui ont inventé ou admis certaines théories, je devrais dire hypothèses, sur les fonctions du cervelet, l'exagération de la sensibilité cutanée dans un cas, la vacillation de la marche dans l'autre, seraient peut-être des signes caractéristiques de l'affection du cervelet; mais je crois qu'il reste encore trop d'obscurité sur les fonctions de cet organe pour qu'on puisse, avec quelque certitude, établir le diagnostic de ces maladies. Dans nos deux observations, l'ensemble des symptômes a été assez caractéristique pour qu'on ait bien reconnu pendant la vie l'existence de l'hydrocéphale; mais celle des tubercules ne fut que présumée, et leur siége ne put être rigoureusement déterminé. On conçoit cependant la possibilité d'établir, dans des cas semblables, un diagnostic assez précis, si, d'une part, il existe des signes de diathèse tuberculeuse; si, d'autre part, à une céphalalgie occipitale, se joignent quelques-uns de ces troubles dans les fonctions de l'encéphale qu'on a regardés avec plus ou moins de raison comme propres aux affections du cervelet. Peut-être alors serait-on fondé à admettre que l'hydrocéphale chronique dépend de la compression du sinus droit par des tubercules développés dans le cervelet. Mais ce diagnostic reposera plutôt sur une probabilité que sur une véritable certitude.

Quant aux conditions anatomiques qui expliquent la formation de l'hydrocéphale, il faut évidemment: 1° que la tumeur tuberculeuse occupe le lobe médian du cervelet; 2° qu'elle fasse à sa surface supérieure une saillie assez considérable pour refouler en haut la tente cérébelleuse et comprimer le sinus droit. D'autres conditions favorables au même résultat pourraient encore se rencontrer. En effet, il peut arriver que l'inflammation fasse adhérer la tumeur avec la tente du cervelet, et qu'en se propageant de proche en proche jusque dans l'intérieur du sinus, elle y détermine la formation d'un caillot qui s'oppose au cours du sang que les veines de Galien rapportent des ventricules cérébraux. Il peut arriver aussi que les veines de Galien soient comprimées à leur sortie du canal de Bichat. D'ailleurs, il est évident que l'oblitération de ces veines, aussi bien que celle du sinus droit, ne peut déterminer qu'une espèce d'hydrocéphale, celle qui a son siége dans les ventricules, puisque les veines qui tirent leur origine des parois de ces cavités forment un système à part, qui paraît sans communication avec les autres veines de l'encéphale.

On trouve, dans les auteurs, un grand nombre d'observations de tumeurs tuberculeuses du cervelet, sans coïncidence d'hydrocéphale ventriculaire; mais, dans celles qui sont rapportées avec quelques détails, on voit que la tumeur siégeait, ou dans les lobes latéraux, ou à la face inférieure du cervelet; que si elle siégeait dans le lobe médian, elle ne faisait point à sa partie supérieure une saillie assez considérable pour comprimer le sinus droit. C'est ce qui a eu lieu, entre autres exemples, chez un enfant dont l'histoire a été donnée en 1831 (Gaz. Méd.), par M. Bell, alors interne à l'hôpital des Enfants malades. La tumeur tuberculeuse siégeait dans le lobe médian du cervelet, et quoiqu'elle eût le volume d'une noix, elle ne faisait aucune saillie à la place de l'éminence *vermiformis superior*. Il n'y avait point d'adhérence entre le cervelet et la dure-mère qui le recouvre : les ventricules cérébraux n'étaient point dilatés par une quantité anormale de liquide séreux.

D'autre part, on rencontre fréquemment l'hydrocéphale chronique non congénitale sans coïncidence de tumeur dans le cervelet.

Ces considérations, jointes au silence des auteurs sur ce sujet, me font regarder comme véritablement rares les deux faits qui se sont offerts à mon observation. Cependant, ces deux cas ont été recueillis pendant un service d'une année seulement à l'hôpital des Enfants, et mon ami M. Dugast, qui était mon collègue à cette époque, rencontra un cas analogue dans la division des filles, où il était placé. Il est donc probable que l'attention des observateurs ayant été une fois appelée sur ce point intéressant, les faits de ce genre ne passeront plus inaperçus, et leur connaissance permettra de faire plus complétement l'histoire de cette variété d'hydrocéphale, dont je n'ai pu tracer qu'une ébauche imparfaite.

Gazette Médicale. — Avril 1840.

Quelques faits sur l'influence de la menstruation dans la folie; par A. Brierre de Boismont, D. M. P. (Mémoire lu à la Société de Médecine de Paris, imprimé par décision de la Société.)

Les anciens considéraient l'utérus comme le régulateur ou plutôt comme le tyran de la femme; des médecins modernes lui ont presque refusé la condition d'organe, en le réduisant au rôle d'obscur satellite du cerveau. Nous pourrions puiser dans la

Digitized by Google

pathologie toute entière des arguments puissants contre une pareille opinion ; nous nous bornerons à emprunter à celle du système nerveux la réfutation de ces doctrines exclusives.

Obs. I. — *Apparition des menstrues. Dysménorrhée coïncidant avec le dérangement de la raison. Traitement. Régularisation des règles. Guérison.*

U..., âgée de trente-quatre ans, forte, bien constituée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, éprouve à douze ans les premiers symptômes de la menstruation. Les règles coulent, mais difficilement et avec douleur. Les mêmes symptômes se reproduisent pendant plusieurs mois. La souffrance de l'utérus réagit sur le cerveau et l'intelligence se pervertit.

Le désordre mental est d'une nature fort remarquable. Trois ou quatre jours avant l'apparition des règles, les idées de la malade se troublent : elle ne sait plus ce qu'elle fait ; elle perd toute énergie ; puis, à l'époque de l'hémorrhagie menstruelle, elle devient hébétée, tombe dans l'anéantissement le plus complet, et ressemble à ces malheureux paralytiques mutilés au physique et au moral. Elle ne voit ni n'entend, laisse aller ses excrétions sous elle. A mesure que les règles prennent leur cours et deviennent plus abondantes, l'obscurcissement de l'intelligence disparaît peu à peu et la raison se rétablit entièrement.

Cet état durait depuis dix mois, lorsque cette jeune fille fut amenée dans la maison de santé du docteur Blanche. Après l'avoir examinée avec soin, nous fûmes persuadés que ces accidents provenaient de l'irrégularité et de la faiblesse de l'écoulement, qui n'étaient point en rapport avec l'organisation de la malade. Des sangsues furent prescrites deux ou trois jours avant les époques ; on les plaça à la partie supérieure et interne des cuisses. Pendant l'intervalle d'un mois à l'autre, des bains de siége furent ordonnés tous les jours : on mit la malade à un régime doux et à l'usage d'une boisson de tilleul orangé.

L'état mental, après avoir resté quatre mois stationnaire, présenta une légère amélioration qui coïncida avec une régularité plus grande du flux menstruel. Le mois suivant, le mieux fit des progrès, et trois mois s'étaient à peine écoulés qu'elle était entièrement rétablie. Il y a aujourd'hui quatorze ans que U... est guérie : elle n'a pas donné le plus léger indice de désordre intellectuel : une épreuve fort importante a eu lieu, U... s'est mariée ; elle a eu trois enfants et sa raison n'a pas chancelé.

Qui pourrait méconnaître ici l'influence de la matrice sur l'encéphale ; n'est-il pas prouvé pour tout observateur impartial que ce n'est qu'après le dérangement des menstrues que le trouble des facultés intellectuelles eut lieu. Les renseignements que l'on prit auprès des parents avaient fait connaître qu'on ne pouvait pas trouver à la maladie d'autres causes que la lésion de la fonction menstruelle ; aussi tous les moyens thérapeutiques eurent-ils pour but de régulariser le cours du sang menstruel, et le résultat montra que le diagnostic était exact.

Dans l'observation précédente, on a vu l'apparition du flux menstruel déterminer à chaque époque des accidents cérébraux ; dans celle que l'on va lire, la suppression est due à la folie, mais le retour des règles, sollicité par l'action des médicaments, est la cause évidente du rétablissement instantané de la raison.

Obs. II. — *Violent chagrin. — Manie. — Suppression. — Application d'un grand nombre de sangsues. — Phénomènes nerveux. — Retour des règles et de la raison.*

Madame *** devient maniaque par suite d'un violent chagrin d'amour. Au milieu du désordre général de ses idées, on voit dominer celle qui lui a fait perdre la raison. Au bout de deux mois, il y a des intervalles de calme ; elle peut répondre aux questions qu'on lui adresse. Ses règles se sont supprimées dès le début de la maladie.

L'amélioration fait quelques légers progrès, mais Madame *** se parle à elle-même ; elle regarde les hommes avec plaisir, son œil s'anime, sa voix est tremblante ; phénomène qu'on observe si souvent dans les cas de ce genre.

Les saignées locales avaient jusqu'alors été employées en petit nombre ; nous fîmes placer, le quatrième mois de la maladie, vingt sangsues aux parties génitales, et le lendemain soixante. Madame *** est petite, nerveuse, son système musculaire faible ; cette seconde application donne lieu à des phénomènes fort curieux.

A peine le sang commence-t-il à couler que la malade est prise de convulsions très-violentes ; les attaques se succèdent rapidement et avec une telle intensité que l'on craint pour ses jours. Les convulsions sont suivies d'une résolution des membres qui dure plusieurs heures. Le lendemain tous les accidents sont calmés ; il reste de la faiblesse, mais les règles ont enfin paru ; elles coulent comme autrefois, et la raison est rétablie.

Aujourd'hui (1840), l'intelligence est *excellente* ; elle n'a pas été troublée depuis la guérison : la maladie a douze ans de date.

L'influence de la médication est ici positive. Un petit nombre de sangsues appliqué plusieurs fois n'amène qu'un soulagement peu marqué. Leur

Digitized by Google

quantité, très-augmentée, détermine des phénomènes nerveux réellement effrayants, mais provoque immédiatement le retour de la raison. L'apparition des règles est dans ce cas véritablement critique et décisive.

Chose bien remarquable, une légère amélioration se manifeste dans la menstruation, aussitôt le cerveau devient moins malade, et, à mesure que la dysménorrhée disparaît, l'intelligence recouvre l'intégrité de ses fonctions.

L'influence de l'utérus sur le cerveau s'observe à chaque instant, et c'est à tort qu'on a voulu représenter dans l'aliénation mentale le cerveau comme étant toujours primitivement malade, et qu'on a conseillé de diriger les moyens de traitement vers cet organe seul. Le cerveau s'irrite sympathiquement dans ce cas, comme l'estomac devient malade dans la leucorrhée. Nous ne saurions donc partager l'opinion de Georget ni celle de M. Voisin; notre conviction est fondée sur trop de faits pour qu'elle puisse être ébranlée.

Les auteurs sont remplis d'observations de flux menstruels arrêtés par imprudence, et qui ont donné lieu immédiatement à un désordre de l'intelligence chez des femmes qui jusque-là avaient toujours été d'une raison parfaite, et chez lesquelles on n'avait pas observé ces bizarreries qu'on remarque chez beaucoup de malades avant la manifestation de la folie.

Tout le monde a présent à la mémoire l'histoire de cette jeune aliénée plongée depuis plusieurs années dans le désordre mental le plus grand, qui, sentant ses règles couler, s'écria à l'instant: « Maman, je suis guérie. » Chez la femme dont nous venons de rapporter l'observation, l'emploi des moyens thérapeutiques eut un succès remarquable; car à peine eurent-ils été mis en usage qu'un mieux sensible se manifesta, et la guérison fut complète en quatre mois. Nous ne devons pas oublier que l'aliénation de U... avait la durée de l'époque menstruelle, et que pendant tout le reste du mois elle conservait sa raison.

L'aménorrhée peut donner lieu à d'autres désordres de l'esprit non moins curieux que les précédents.

Obs. III. — *Violente colère. — Suppression des menstrues. — Démonomanie. — Guérison.*

Une femme s'étant mise dans une furieuse colère à l'approche de ses règles eut une suppression. On lui fit une foule de remèdes sans succès. Bientôt son esprit se dérangea, on la crut possédée; elle fut exorcisée à différentes reprises. Le trouble intellectuel ne fit que s'accroître; elle ne pouvait faire un signe de croix, un acte de dévotion, entrer dans une église, sans avoir un hoquet et un étouffement très-inquiétants. Le traitement médical fut couronné du plus heureux succès. Les mois se rétablirent, et la jeune fille retourna guérie chez elle (1).

Van Swieten fut témoin d'un cas semblable, qu'il rapporte dans son Commentaire sur Boerhaave (2).

Nous avons nous-même observé un fait semblable à l'époque du temps critique. La malade qui présenta ce singulier dérangement de l'esprit n'avait jamais donné auparavant le moindre signe d'aliénation: elle était même citée pour son jugement; il n'y avait point de traces d'hérédité. Ces circonstances nous firent porter un pronostic favorable; en effet, dix mois après son entrée dans notre établissement, la raison était entièrement revenue.

M. Esquirol pense que la suppression des menstrues est une cause très-fréquente de folie chez les femmes, soit que cette suppression ait été provoquée par une vive émotion morale, ou par quelques autres écarts de régime. Ces manies, que l'on peut regarder comme symptomatiques, qui au moins sont sympathiques de l'affection de l'utérus, se jugent presque toutes par le flux menstruel. Cette sorte de crise est tellement propre à cette espèce que, lorsqu'une disposition héréditaire ou un vice de conformation amènent la manie, le bouleversement causé à son début supprime les menstrues, mais elles se rétablissent promptement sans soulagement pour la malade.

Lorsque les menstrues coulent bien sans retour vers la santé, alors on doit craindre que la maladie ne guérisse pas; mais, tant que les menstrues ne sont pas rétablies, il est permis de conserver quelque espoir de guérison, surtout dans la jeunesse.

Rapport sur le mémoire qui précède; par MM. Bérard, Chailly et Duparque, rapporteur. (Imprimé par décision de la société de médecine.)

Messieurs,

Vous nous avez chargés, MM. Bérard, Chailly et moi, de vous faire un rapport sur un mémoire, que M. le docteur Brière de Boismont vous a présenté et lu dans la séance du 17 janvier dernier.

Nous venons vous rendre compte de ce travail, qui a pour titre, *Quelques faits sur l'influence de la menstruation dans la folie*, et pour objet de prouver que cette fonction agit comme cause déterminante, et comme agent curatif de l'aliénation

(1) Journal de médecine et de chirurgie, t. X, p. 408. — 1759.

(2) Van Swieten, *Comment. sur Boerhaave*, Aph. I, p. 72.

Digitized by Google

mentale chez les femmes. Comme il se rattache ainsi à la question de l'influence attribuée à la matrice sur l'économie des femmes et particulièrement sur la production et la curation des maladies, il nous a paru nécessaire de présenter préliminairement quelques considérations générales sur ce sujet important, pour bien apprécier la signification des observations de M. Brière, et mieux juger de la valeur des conclusions qu'il en a tirées en faveur de l'opinion qu'il embrasse.

L'opinion qui attribue à la matrice une influence toute puissante sur l'économie des femmes, et particulièrement comme agent actif dans la production et la guérison de leurs maladies, cette opinion est aussi vieille que le monde médical : elle remonte à l'origine de la médecine. Accrue en traversant les temps par l'adjonction croissante de faits semblables ou plus ou moins analogues à ceux sur lesquels elle avait été fondée, elle a résisté aux quelques voix qui se sont élevées de loin à loin pour la combattre; et maintenant encore, malgré de plus nombreuses et plus énergiques protestations, elle est assez généralement reçue. Mais ne s'est-on pas trop exclusivement guidé, dans l'interprétation des faits, d'après l'axiôme si fécond en applications erronées, *post hoc, ergo propter hoc?* Les observations témoignent de la concordance de la manifestation des maladies avec les troubles de la menstruation, d'une part, et d'une autre part de la guérison de ces maladies avec l'établissement ou le rétablissement normal de cette fonction. Mais est-ce à dire que le rôle actif et primitif appartient essentiellement à la menstruation, comme on l'admet sans plus ample informé? Les troubles de cette fonction ne seraient-ils au contraire que consécutifs, effets au lieu d'être causes? Sans prétendre déshériter entièrement la matrice ou la menstruation de toute influence physiologique ou pathogénique et médicatrice, nous penchons vers cette dernière opinion; nous croyons que dans un grand nombre de cas, dans le plus grand nombre même, les phénomènes menstruels sont secondaires, et que dans la plupart des autres cas, il n'existe entre cette fonction troublée ou rétablie, et les maladies ou leur guérison, qu'un rapport de simple coïncidence.

Un premier motif de contestation et de dissidence provient de ce que les partisans de l'ancienne opinion semblent vouloir rapporter à l'influence de la matrice seule tous les phénomènes sympathiques, soit physiologiques, soit pathologiques, dépendants de l'appareil générateur. Et cependant ne sait-on pas, pour citer des exemples en rapport avec le sujet particulier du mémoire que nous discutons, ne sait-on pas que l'hystérie ou autres névroses, que la nymphomanie, l'érotomanie ou autres vésanies, reconnaissent parfois pour cause l'excitation exagérée ou l'extrême continence d'action des parties externes de la génération.

Tous aussi, par la manière dont ils expriment leur opinion, semblent attribuer à la matrice elle-même une puissance d'action sur l'économie qu'elle n'a pas, qu'elle ne peut avoir. Sans organisation, sans isolement, la nature de ses rapports anatomiques, éloigne pour elle toute possibilité de centre d'action particulier. Elle est, comme on l'a justement observé, l'aboutissant des systèmes organiques qui lient entre elles toutes les parties du corps, à savoir les systèmes nerveux et circulatoire, et non un point de départ, un centre d'expansions ou de prolongements analogues et seuls capables de mettre l'organisme sous sa dépendance. Et, en effet, ce viscère est absolument sans action spontanée, sans influence générale ou sympathique, non-seulement avant la puberté et après le retour d'âge, mais même entre ces deux époques dans les intervalles qui séparent les retours périodiques des règles ou hors l'état de gestation. Il est d'observation que pendant ces longs moments de repos, la matrice peut être frappée d'états pathologiques intenses, profonds, destructeurs même, ou en proie à un travail morbide actif, sans qu'il en résulte ordinairement d'autres phénomènes généraux ou sympathiques que ceux que pourraient produire ces mêmes affections siégeant dans d'autres parties. C'est donc à la matrice en exercice fonctionnel qu'il faudrait rapporter les influences dont on a doté cet organe, ou pour mieux dire, c'est à ces fonctions en activité que l'on devrait les faire remonter. Il serait donc plus exact de dire influence de la menstruation, de la gestation, etc., que de se servir de l'expression *Influence de la matrice*, adoptée généralement, et dont M. Brière se sert souvent dans le cours de son mémoire.

La menstruation étant le plus fréquent des actes utérins, c'est à son occasion que s'observent le plus communément les phénomènes sympathiques attribués à l'influence de l'utérus. Voyons quelle peut être cette influence.

La menstruation n'est pas un acte purement local; on ne saurait soutenir qu'elle résulte d'un réveil spontané de la matrice qui attirerait le sang dans les vaisseaux qui la pénètrent et le déposerait pour un travail plus ou moins actif dans sa cavité, ou à sa surface interne, pour être rejeté en dehors; car alors la suppression ou la suspension de cet acte ne pourrait avoir aucun retentissement dans l'économie, qui aurait été également étrangère à sa manifestation. Tout prouve au contraire que la puissance vitale générale préside à cette importante fonction. Elle est précédée d'un travail plus ou moins patent qui paraît et doit dépendre de l'innervation, et a pour but de porter vers les voies sexuelles la surexcitation nécessaire à l'accomplissement de l'acte qu'elles vont

remplir, et d'y diriger, par un mouvement congestif, le sang dont l'excrétion n'est que le terme de cette fonction. Ce travail préliminaire, prélude essentiel de la menstruation, constitue ce que l'on a désigné sous les dénominations de *nisus* ou *molimen* menstruel. Il se manifeste plusieurs heures, plusieurs jours et même plusieurs mois avant de prendre une détermination bien fixe vers l'utérus, comme on l'observe aux approches de la puberté. Il arrive même que lorsque la direction de ce travail s'est interverti, il porte alors le mouvement congestif vers d'autres régions et y produit parfois un écoulement sanguin qui remplace les règles, et, comme elles, affecte les retours périodiques. N'est-il pas probable que si ce mouvement éliminatoire anormal venait à être troublé pour une cause analogue à celles qui eussent produit le même effet sur le cours des règles ordinaires qu'il supplée, les mêmes conséquences pathogéniques auraient lieu? Eh bien, quelle influence aurait la matrice dans ces cas qui se rattacheraient cependant aux phénomènes de la menstruation?

Dans les cas ordinaires, ce mouvement congestif peut être troublé, interverti à son début, et avant que la matrice ait été mise en demeure d'agir, ou soit disposée à répondre au but de ce travail. Ainsi qu'une impression physique vive, une émotion morale profonde interviennent quelques jours avant la manifestation menstruelle, et alors que déjà des symptômes généraux en annonçaient la plus ou moins prochaine apparition ; une affection congestive, ou hémorrhagique, ou phlegmasique, ou bien névrosique se déclare alors en d'autres régions, et les règles manquent. Quelle influence a pu avoir ici la matrice, puisqu'elle n'était pas encore en action fonctionnelle quand la maladie s'est manifestée? Quel rôle a joué la menstruation qui n'était pas encore établie? Et cependant les faits de ce genre ne sont pas les moins nombreux parmi ceux que l'on invoque en témoignage de l'influence pathogénique de la matrice ou de la menstruation.

Observez que comme les maladies ne se dessinent souvent que quelques jours après l'action de la cause qui les a déterminées, il arrive que cette manifestation peut correspondre au moment où les règles eussent dû paraître, ou même après l'époque fixe et prévue de cette apparition ; ces cas rentrent évidemment dans la catégorie des précédents ; car, bien que la maladie paraisse coïncider avec le manque de la menstruation, ou n'apparaître qu'après, elle n'en a pas moins eu la priorité d'existence. Il nous semble donc beaucoup plus rationnel d'attribuer le manque des règles au travail pathologique, qu'il soit en évidence, ou qu'il ne soit encore qu'à l'état de germe ou latent, que de faire intervenir le trouble menstruel comme agent déterminant et provocateur de la maladie.

Il n'est pas besoin de discussion, pour mettre hors de cause, dans la question pendante, les cas dans lesquels les maladies se déclarant hors des époques des règles, celles-ci manquent dans leur cours.

Il ne reste donc plus, pour prouver péremptoirement l'influence active de la matrice ou de la menstruation sur la production des maladies, que celles qui se déclarent à l'occasion de la perturbation des règles pendant qu'elles coulent : et encore le rôle attribué à l'utérus ou au trouble de sa fonction en exercice, est-il au moins sujet à contestation dans la plupart de ces cas.

En effet, l'arrêt brusque des règles en cours ne peut avoir lieu spontanément, et comme par une sorte de révolution ou de volonté capricieuse de la matrice. Toujours cette perturbation provient de causes nées hors de ce viscère. Parmi elles, il en est peu qui agissent directement et exclusivement sur lui. Tel est l'ébranlement physique de cet organe par une chute sur les pieds, les genoux ou les fesses, et son ébranlement nerveux ou spasmodique par le coït ou l'excitation artificielle des parties sexuelles. Mais alors, ou bien la violence ou l'excitation vitale ont borné leur action à l'utérus, et la perturbation menstruelle, que ces causes produisent, donne lieu à des affections utérines, dont il ne peut être question ici : ou bien elles ont agi en même temps sur d'autres organes ou sur toute l'économie et particulièrement sur le système nerveux, et les affections qui surviennent peuvent et doivent être tout aussi bien attribuées à l'action générale ou directe de ces causes, sur les organes qui deviennent souffrants, qu'à la suppression menstruelle qui ne serait qu'une conséquence simultanée. Les mêmes interprétations s'appliquent, avec plus de raison encore, aux faits dans lesquels les causes perturbatrices des règles n'agissent qu'indirectement sur la matrice.

Ce qui tend à prouver, d'ailleurs, que les maladies subséquentes sont les résultats de l'action directe ou immédiate des causes et non la conséquence de la suspension concomitante des règles, c'est que ces états pathologiques se développent dans les parties sur lesquelles ces causes ont porté, et qu'ils sont toujours d'une nature en rapport avec ces mêmes causes. Aussi voit-on figurer toutes les maladies qui composent le cadre nosologique dans les observations rapportées comme preuve de l'influence pathogénique de la menstruation. Une autre et importante remarque se trouve implicitement renfermée dans les précédentes.

L'influence pathogénique supposée de la matrice n'a rien de spécial. Les maladies au développement

Digitized by Google

desquelles on la fait présider, ne présentent point de caractères ou signes particuliers qui décèlent cette origine. On a bien voulu en excepter la chlorose, et certains phénomènes nerveux que l'on a colligés sous la dénomination non méritée d'hystérie; mais les faits mieux observés ont prouvé que ces affections elles-mêmes sont bien plus souvent la cause que les effets des troubles menstruels.

En résumé, nous croyons contrairement à l'opinion générale :

1° Que la matrice n'a par elle-même aucune influence pathogénique;

2° Que les troubles de la menstruation sont quelquefois phénomènes coïncidants, le plus ordinairement effets et non cause des maladies. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici des maladies de l'organe utérin lui-même, sur la production desquelles la menstruation a la plus grande et la plus directe influence.

Il nous reste à dire notre pensée sur le second point de la question en litige, celui relatif à l'influence médicatrice et à la puissance curative de la menstruation.

Quelle que soit la part que les troubles de la menstruation ayent eu dans la production des maladies, on voit fréquemment la guérison de celles-ci marquée par l'établissement ou le rétablissement normal de la fonction mensuelle. Doit-on en conclure, avec les partisans de l'omnipotence utérine, que c'est à l'apparition du flux menstruel qu'est due la guérison? ou bien ce retour ne serait-il qu'un effet, une conséquence, ou un signe de la diminution et de la cessation du travail morbide? Nous nous associons à cette dernière opinion, et voici les motifs sur lesquels se fonde notre choix :

Dans les maladies aiguës, le flux menstruel ne les juge que quand il paraît aux époques ou périodes que la nature a assignées à leur terminaison, et que l'on a désignées sous le nom de jours critiques. Hors de là, cette apparition, si la maladie ne l'a pas empêchée, n'a aucune valeur relativement à la solution de l'état morbide qui continue sa marche accoutumée : ce n'est souvent qu'un phénomène symptomatique, résultant de la perturbation générale que le travail morbide excite dans toute l'économie, et analogue aux autres sécrétions humorales ou sanguines symptomatiques. Autrement, et si la menstruation avait la puissance qu'on lui attribue, elle devrait l'exercer à quelque époque du cours de la maladie qu'elle se manifeste, et la juguler. Ce qui n'a jamais lieu.

Arrivant aux jours dits critiques, l'apparition des règles doit être considérée autrement que comme tous autres phénomènes critiques et d'après la signification qu'on leur donne maintenant, c'est-à-dire comme résultants de la diminution de la perturbation vitale et de la cessation de sa concentration morbide.

Ainsi le flux utérin apparaissant en ces circonstances ne serait simplement que la conséquence, l'indice ou le signe de la solution de la maladie; il en serait l'effet et non la cause ainsi qu'on le prétend. Il est d'observation que souvent les règles, dans ces cas, avancent ou retardent, selon que les périodes critiques des maladies tombent avant ou après l'époque fixe à laquelle le flux aurait dû avoir lieu, ce qui prouve incontestablement que ce n'est pas la maladie qui est soumise à la menstruation, mais bien que c'est du côté de cette fonction que se trouve la dépendance.

La suspension des menstrues pendant les longues convalescences, alors que la maladie étant guérie, ses conséquences perturbatrices sur toute l'économie persistent, pourrait encore servir d'argument en faveur de notre opinion.

S'il ne s'agissait que d'une question purement dogmatique, nous ne la prendrions pas en si sérieuse considération; mais elle conduit à des conséquences pratiques très-graves. La consécration de l'ancienne opinion mène à des inductions thérapeutiques qui peuvent être et ont été trop souvent funestes. Et en effet si les troubles de la menstruation agissaient comme cause déterminante ou entretenante des maladies, si la guérison de celle-ci était essentiellement liée au rétablissement de cette fonction, les efforts du médecin devraient tendre à la provoquer ou à la rétablir dans les cas en question; c'est principalement dans l'emploi des moyens propres à atteindre ce but, et quelle que soit la nature et le siége de l'affection, que devrait consister le traitement. On remplirait bien des pages si l'on enregistrait les dangereux et nombreux mécomptes produits par l'application trop souvent tentée de ces inductions logiques. On a vu, il est vrai, des maladies guéries par l'usage exclusif des moyens propres à rappeler les règles; mais c'est qu'alors ces moyens appartenaient à la classe des médications indiquées par la nature de la maladie, et qu'ils ont été employés dans des mesures en rapport avec son intensité. Tels sont, par exemple, les saignées du pied, les sangsues aux parties sexuelles, les dérivatifs appliqués aux mêmes lieux, etc.; moyens sous l'influence desquels des affections congestives, hémorrhagiques ou phlegmasiques, des irritations névrosiques, ont guéri, et le flux menstruel s'est établi. Mais il est prouvé que les mêmes moyens, appliqués ailleurs dans des circonstances semblables, produisent les mêmes résultats. Ainsi dans l'aménorrhée avec pléthore générale, ou congestion cérébrale, ou thoracique, il suffit d'une forte saignée du bras pour faire cesser ces accidents et provoquer consécutivement le retour menstruel.

Digitized by Google

En général, les partisans de l'omnipotence utérine commettent l'heureuse inconséquence de ne pas négliger les moyens plus essentiellement indiqués par la maladie ; mais en cas de guérison, ils en attribuent tout l'honneur au flux menstruel, et toute la gloire aux moyens qu'il ont employés pour la rétablir, sans paraître tenir compte des autres.

Les remarques que nous venons de faire sur l'influence pathogénique et curative de la menstruation relativement aux maladies aigues, s'appliquent aux maladies chroniques, voire même à celles que l'on a plus spécialement soumises à cette influence utérine. Ainsi dans la chlorose, qui se manifeste avant l'établissement de la menstruation, ou qui en provoque la suspension, l'apparition ou la réintégration de cette fonction n'ont lieu que lorsque l'hématose, profondément altérée, a été ramenée à son état normal. Aussi les moyens employés dans la seule intention de rétablir les règles, non-seulement échouent, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes tirés des médications propres à corriger l'hématose, mais ils éloignent encore du but désiré en aggravant l'affection d'où dépend la suppression ; tandis que celle-ci cesse spontanément sans que rien soit fait directement dans ce but et par le seul bénéfice du traitement exclusivement dirigé contre la chlorose. Combien aussi ne voit-on pas échouer les mêmes traitements emménagogues dans les cas d'hystérie avec perturbation de la menstruation, tandis que celle-ci s'établit ou se rétablit spontanément dès que l'on a pu maîtriser les accidents nerveux par des moyens exclusivement appropriés à leur nature et aux causes, soit accidentelles, soit constitutionnelles qui les déterminent.

Nous venons de démontrer combien est illusoire ou au moins très-contestable l'influence que l'on attribue à la matrice, ou, pour mieux dire, à la menstruation, sur la production et la guérison des maladies. Y aurait-il exception pour les affections cérébrales? Les choses se passeraient-elles autrement relativement aux aliénations mentales que pour les autres maladies? Mais c'est précisément à ce sujet que les opinions sont partagées, et la dissidence établie entre des hommes dont le nom fait également autorité dans l'histoire de ce genre d'affection. A leur tête se placent, d'un côté, M. Esquirol, qui attribue aux désordres menstruels une part active dans le développement de la guérison de la folie chez la femme; et, d'un autre côté, Georget et M. Voisin, qui pensent que les dérangements de la menstruation ne sont que des phénomènes symptomatiques de l'affection cérébrale, qui serait toujours primitive et essentielle.

L'auteur du mémoire qui fait le sujet de ce rapport, M. Brierre de Boismont, se range de l'avis de M. Esquirol. Pour lui la suppression des règles est une cause fréquente de folie chez les femmes, « alors même, dit-il, que cette suppression a été » provoquée par une vive émotion morale ou par » quelques autres écarts de régime... » Selon lui « toutes les manies doivent être regardées comme » symptomatiques ou au moins sympathiques de l'af- » fection de l'utérus. » Mais remarquez que, puisque, par le fait de la suspension de sa fonction, l'utérus est retombé dans son état habituel d'inertie, il n'y a plus chez lui ni action ni réaction possible. On ne peut non plus invoquer l'affection de cet organe, puisque ce n'est pas lui qui est malade. L'auteur ajoute que « ces manies se jugent presque toutes par le flux menstruel. » C'est là un fait incontestable, mais qui ne prouve pas incontestablement et par lui même que c'est l'écoulement qui joue le rôle actif et déterminant dans la guérison. On chercherait vainement dans le mémoire, comme démonstration des assertions tranchées qu'il présente touchant l'influence de la matrice ou de la menstruation dans la folie, d'autres arguments que ceux émis par les partisans de sa puissance, et que l'on peut traduire ainsi. Les faits prouvent que les troubles de la menstruation concordent avec la manifestation de la folie dans un certain nombre de cas, et que le développement de cette maladie est alors essentiellement dû à cette perturbation. La terminaison heureuse de la folie est parfois signalée par l'établissement ou le retour normal de la menstruation : c'est donc à cette fonction qu'appartient tout le bénéfice de la guérison ; donc enfin la matrice jouit d'une influence pathogénique et médicatrice ou curative.

Les nouveaux faits que M. Brierre ajoute à l'appui de son opinion, conforme à ces conclusions, sont loin d'être aussi concluants qu'il le pense. La première seulement des observations qui composent ce mémoire paraît au premier abord très-probante en sa faveur ; mais si on la soumet à un examen raisonné, on y retrouve la plupart des éléments des considérations sur lesquelles nous avons basé une opinion contraire.

Cette observation a pour sujet une fille fortement constituée chez laquelle la menstruation s'établit régulièrement à la suite des prodromes précoces. Les règles coulent, mais difficilement et avec douleur : à une époque plus éloignée, chaque retour est marqué par une sorte d'idiotisme paralytique qui se manifeste *trois ou quatre jours* avant l'apparition des règles, et disparaît peu à peu à mesure que ce flux prend son cours et devient plus abondant. Cet état durait depuis dix mois lorsque la malade entra dans une maison de santé affectée au traitement de l'aliénation mentale. Là on attribua les accidents à la faiblesse du flux menstruel, qui n'était point en rapport avec l'organisation de la malade. Des sangsues furent appliquées à la partie supérieure et interne

Digitized by Google

des cuisses trois jours avant les époques. Dans l'intervalle, on prescrivit des bains de siége, un régime doux et de l'eau de tilleul orangé. Après quatre mois d'insuccès, on observa de l'amélioration, qui fit des progrès, et fut complète les mois suivants. La folie guérit et les règles devinrent faciles.

Qui pourrait méconnaître ici l'influence de la matrice sur l'encéphale, remarque l'auteur? Nous répondrons franchement, nous : D'abord, la même cause à laquelle on attribue le trouble profond porté sur tout le système cérébro-spinal et dépendances, la disménorrhée, a existé pendant longtemps sans avoir ces résultats morbides. Ce qu'elle a fait plus tard, pourquoi ne l'a-t-elle pu faire plus tôt ? Les circonstances ou conditions ont donc changé ? et alors n'est-ce pas plus particulièrement à ces circonstances ou conditions quelles qu'elles soient, et qui ont pu échapper à l'observation, qu'appartiendrait la détermination des accidents. D'un autre côté, on remarquera que les phénomènes névrosiques, commençant trois à quatre jours avant que le flux et ses douleurs se manifestassent, on ne saurait accuser ni la matrice, ni la disménorrhée, ni un état anormal ou l'affection de l'organe, d'avoir présidé à leur développement, à moins d'admettre une sorte d'influence rétroactive. Ici, comme dans tous les cas analogues, l'altération des facultés ou fonctions cérébro-rachidiennes se rattache à la perturbation de l'innervation, qui prélude et dispose plus ou moins à l'avance à l'établissement de la menstruation, mais qui n'est pas encore et peut ne pas produire l'acte menstruel.

Quant à l'influence du rétablissement plus facile des règles et des moyens mis en usage pour l'obtenir, nous ne chercherons pas à la nier, mais nous devons faire remarquer que les changements de conditions hygiéniques auxquels la malade a été soumise n'ont pas dû être sans action sur un genre d'affection dans lequel ces moyens suffisent souvent seuls, et sont généralement reconnus comme les plus efficaces dans le traitement de la folie. Il n'est pas rare de voir ces guérisons accompagnées ou suivies du retour ou de la régularisation des menstrues, bien que rien n'ait été entrepris dans ce but.

Dans les autres observations, la folie s'étant déclarée aussi bien que la suppression de la menstruation après de profonds chagrins ou des accès violents de colère, il nous semble évident que c'est à l'action directe de ces causes que doit être attribuée l'aliénation ; que le trouble menstruel n'a eu lieu que comme conséquence concomitante, et que sa persistance, pendant la durée de l'affection, a été l'effet et non la cause de cette prolongation morbide.

Plusieurs de ces observations constatent la concordance du rétablissement des règles avec le retour de la raison. Mais de quel côté est la cause, de quel côté est l'effet ou la conséquence ? Si l'on se reporte aux considérations que nous avons présentées précédemment, c'est à la cessation de l'état pathologique que doit être donnée la priorité. Et d'ailleurs, ici comme dans la première observation, d'une part, les moyens employés dans l'intention d'exciter le retour menstruel ont dû avoir par eux-mêmes, et indépendamment de leur action supposée sur la matrice, une action dérivative, mais spéciale relativement à l'organe malade. D'un autre côté, le traitement n'a pas été exclusivement borné à l'emploi de ces moyens, les malades ont toutes été en même temps soumises à ceux qui sont plus immédiatement indiqués par la nature de l'affection comme régime isolément, etc., etc. De sorte qu'il y a au moins de l'injustice à ne pas leur accorder une certaine part dans la guérison, si même l'honneur ne leur en revient pas tout entier.

Dans les derniers faits cités ou rapportés par M. Brierre, l'aliénation mentale apparue à l'époque critique a guéri cependant, quoique, comme il arrive dans un grand nombre de cas analogues, les règles se fussent supprimées pour ne plus reparaître. Peut-on invoquer ici l'influence active d'un organe qui, ayant terminé sa carrière fonctionnelle, est retombé dans son état d'inertie primitive ?

En résumé, nous ne trouvons dans les observations en question rien qui justifie d'une manière évidente, incontestable, l'opinion qu'elles sont appelées à appuyer relativement à l'influence de la matrice ou de la menstruation sur le développement et la guérison des maladies, et particulièrement de la folie. Presque toutes, au contraire, présentent des circonstances propres à corroborer l'opinion que nous avons adoptée, et d'après laquelle la matrice et sa fonction menstruelle ne joueraient qu'un rôle passif ou secondaire dans les phénomènes qu'on leur attribue.

Messieurs, comme le sujet d'où relève, et auquel se rattache étroitement le mémoire de M. Brierre, est du plus haut intérêt, et surtout d'une grande importance pratique ; comme il est l'objet de controverses qui sont loin d'être épuisées, et de dissidences qui ne sont probablement pas prêtes à s'éteindre, sort, du reste, attaché à la plupart des questions médicales qui reposent sur l'interprétation des faits, nous devons accueillir et enregistrer les travaux, quelle que soit leur couleur, qui peuvent servir de matériaux au procès pendant, et favoriser un jour le jugement définitif sur les questions en litige. Par ces motifs, nous avons l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à M. Brierre de Boismont pour sa communication, et de voter l'impression de ses observations, qui, comme faits, présentent beaucoup d'intérêt.

REVUE MÉDICALE. — Avril 1840.

Digitized by Google

Hydro-encéphalocèle. Examen de la tête. — Observation recueillie dans le service de M. Dubois.

M. Dubois présente la tête d'un enfant né à la Maternité vers la fin du mois de mars. L'accouchement avait suivi sans difficulté ses phases les plus ordinaires, et s'était terminé rapidement ; l'enfant mourut bientôt.

Ce nouveau-né portait à la partie postérieure de la région occipitale une tumeur ayant environ les deux tiers du volume de la tête. Cette tumeur était pendante en arrière sur le cou ; elle entraînait même par son poids la tête de l'enfant, et la maintenait fléchie en arrière : elle était arrondie, sans bosselures; sa tension n'était pas considérable. La réunion des caractères observés pouvait faire penser que cette tumeur contenait un liquide, et, de plus, qu'il existait une communication entre elle et la cavité crânienne.

Une incision fut pratiquée à la partie postérieure, et donna issue à une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent; la tumeur s'affaissa aussitôt : les parois du sac avaient à peu près l'épaisseur du péricrâne, et paraissaient formées par ces tissus repoussés et distendus par le liquide, la surface interne offrait un aspect lisse, comme séreux. En examinant cette surface dans tous ses points, on vit que le sac communiquait avec la cavité du crâne au moyen d'une ouverture qui pouvait permettre l'introduction du doigt.

Cette communication avait lieu au moyen d'une perte de substance faite sur l'os occipital. M. Dubois dit qu'on observe assez souvent une réunion tardive des premiers noyaux d'ossification de cet os, et qu'il en résulte alors une ouverture parfois assez considérable. Il sait fort bien que la possibilité de cet espèce d'arrêt de développement a été contestée par des anatomistes et par plusieurs accoucheurs, entr'autres, par M. Velpeau ; mais plusieurs faits du genre de celui-ci, qu'il a été à même d'examiner avec beaucoup de soin, l'autorisent à donner cette opinion comme certaine.

Il y avait donc, dans ce cas, un hydro-encéphalocèle ; des circonstances particulières ont empêché de pousser les recherches aussi loin qu'il eût été à désirer : en effet, on n'a pu examiner que fort rapidement l'état des renflements nerveux renfermés dans la boîte crânienne. On croit cependant pouvoir affirmer qu'il y avait sur ce sujet absence du cervelet, et que la poche ne contenait, outre le liquide séro-sanguinolent, aucune portion du cerveau ou de quelqu'autre partie de l'encéphale.

M. Dubois a, dans une autre circonstance, trouvé une tumeur tout à fait semblable et située dans la même région (il présente cette pièce modelée). Chez l'enfant qui a fait le sujet de cet examen, il y avait également communication entre le sac et la cavité crânienne, au moyen d'une ouverture existant sur l'occipital. La tumeur avait le même volume que la tête de l'enfant, et elle renfermait les lobes postérieurs du cerveau et le cervelet ; aussi peut-on remarquer sur cette pièce un grand aplatissement de la région frontale tandis que chez l'enfant qui a fait le sujet du premier examen la tête était régulièrement conformée.

Gazette des hôpitaux. — Avril 1840.

Un mot sur le traitement du Diabétès; par le docteur Payan, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

C'est avec le plus grand intérêt que je lus dans la *Revue médicale* le mémoire que M. le docteur Bouchardat publia en juin dernier, sur le diabétès, mémoire qui ne tend pas, comme beaucoup d'autres, à éclairer des questions de pure curiosité sans avantage pratique, mais qui a pour but principal d'arrêter les progrès presque toujours funestes de cette maladie, en donnant connaissance de la cause des urines sucrées et des moyens propres à empêcher leur formation. Je le lus avec d'autant plus d'intérêt, que jusque-là j'avais vu constamment le diabétès (et j'en avais observé une douzaine d'exemples dans divers hôpitaux) miner peu à peu les forces des malades et les acheminer lentement vers la tombe, après leur avoir fait parcourir tous les degrés de la consomption et du marasme, tandis que M. Bouchardat s'appuyant sur le raisonnement et l'expérience venait, dans son travail, nous apprendre le secret d'arrêter, de modérer à volonté, comme il le dit lui-même, des accidents qui faisaient le désespoir des malades, et qui amenaient souvent très-vite une terminaison fâcheuse.

On sait que les symptômes les plus prononcés de cette affection sont l'augmentation considérable de l'urine, une soif extrêmement incommode que rien ne peut apaiser, et la présence du sucre que les urines tiennent en dissolution, et qui paraît identique avec le sucre de raisin. Or, suivant M. Bouchardat, qui en cela paraît avoir trouvé le fil de la vérité, l'existence de ce principe dans les urines de diabétiques proviendrait de la transformation de la fécule en sucre de raisins, telle que nous pourrions l'effectuer dans les laboratoires ; et, le ferment, le gluten, l'albumine, la fibrine, se rencontrant avec l'amidon dans l'estomac, seraient les agents qui exerceraient sur cette dernière substance cette transformation

remarquable. Et comme, pour que l'amidon soit complétement changé en sucre, il faut que la fécule soit dissoute dans sept fois environ son poids d'eau, il faut aux diabétiques une quantité d'eau à peu près aussi considérable, ce qui explique cette soif pressante à laquelle ils ne peuvent résister. Aussi la soif de ces malades est-elle en raison directe des aliments sucrés ou féculents qu'ils prennent, et, pour une quantité d'aliments représentant une livre de fécule, remarque-t-on qu'ils boivent ordinairement sept livres d'eau, et qu'ils rendent à peu près huit livres d'urine. On observe également qui si l'on diminue ou l'on supprime les aliments féculents ou sucrés, la soif suit immédiatement une marche rétrograde parfaitement comparable.

Les rapports entre ces phénomènes ayant été une fois saisis, et l'expérience aussi bien que la théorie en ayant confirmé la justesse, la base du traitement convenable aux diabétiques a été facilement établie. Elle porte sur la proscription complète des aliments féculents ou sucrés, tels que riz, haricots, pois, lentilles, confitures, etc., et recommande comme alimentation exclusive les viandes, auxquelles on pourra associer plusieurs légumes, tels que l'oseille, les épinards, la chicorée, la laitue, le cresson, les œufs, les poissons, etc., ce qui permettra de la varier. Ou bien, s'il est difficile à beaucoup de personnes de faire un repas sans pain, on pourra leur en permettre deux ou trois onces par repas, ce qui, vu la petite quantité, ne saurait avoir d'inconvénient fâcheux.

Ayant eu l'occasion, depuis la publication de l'important travail de M. Bouchardat, de mettre en pratique ses idées dans le traitement d'un diabétès rebelle, j'ai eu lieu de constater la vérité de ses assertions pratiques, et je livre volontiers à la publicité l'observation suivante qui ne peut que corroborer les faits signalés par le médecin-chimiste de Paris.

M. Charron, d'une assez bonne constitution, avait commencé à s'apercevoir, en mars 1839, que ses urines étaient plus abondamment sécrétées que par le passé, et que sa soif était aussi beaucoup plus prononcée. Il passa ainsi plusieurs mois supportant assez patiemment cette incommodité qu'il pensait ne devoir être que passagère. Mais, dans le courant de l'été et le commencement de l'automne, il consulta des médecins qui attribuèrent ce qu'il éprouvait à un état d'irritation gastro-intestinale chronique, et prescrivirent, pour le faire passer, des boissons rafraîchissantes, limonades, crèmes, laitage, et un régime fort doux. Quoique fidèle à leurs prescriptions, le malade voyait cependant son état s'aggraver lentement et les symptômes s'accroître presque en raison de sa régularité à suivre les conseils qui lui avaient été donnés. C'est ce qui l'engagea à me faire appeler dans la première huitaine de novembre. Or, voici dans quel état je le trouvai : Il y avait maigreur générale et grande faiblesse; ses jambes tremblantes ont de la peine à supporter le poids du corps; cependant l'appétit est très-prononcé plus grand même qu'à l'ordinaire ; mais la soif est continuelle malgré les boissons fréquentes, et l'excrétion des urines est abondante et se répète souvent. La membrane muqueuse de la bouche est rouge et sèche, ainsi que la langue, dont les papilles arides se remarquent soulevées, altérées, et semblent appeler la salive qui n'est plus que rare et glutineuse. La peau s'écaille, est rugueuse, exempte de toute transpiration ; toutes les humeurs paraissent tendre à se changer en urines qui ont besoin d'être évacuées toutes les demi-heures. Ces indices furent suffisants pour me faire présumer que le malade avait un diabétès. Afin toutefois que mon diagnostic fût plus certain, je recommandai au malade de garder un pot de ses urines : elles furent trouvées claires, transparentes, ne formant point de dépôt dans le vase, inodores, tout à fait semblables à du petit lait clarifié, comme l'avait, au reste, déjà remarqué le malade. Ayant même dit à celui-ci que ses urines étaient sucrées, il voulut se donner la satisfaction de s'assurer de ce fait qu'il vérifia, et les ayant quelquefois mêlées avec du charbon de la forge de son atelier, une odeur de caramel se produisait quand son ouvrier le mettait au feu. Ayant recommandé au malade de tâcher de comparer la quantité d'urine qu'il rendait avec celle des boissons qu'il prenait dans les vingt-quatre heures, celle-là fut toujours reconnue supérieure ; je pus même m'assurer que le surplus des urines était à peu près équivalent au poids des aliments féculents qu'il prenait encore.

Certainement ce malade était déjà dans un état de marasme dont il importait d'arrêter la marche sans trop de retard. Aussi, nonobstant l'espèce d'irritation générale que semblait indiquer le dessèchement des muqueuses et de la peau, je ne balançai pas à proscrire de l'alimentation du malade toutes les matières sucrées ou féculentes dont il faisait un fréquent usage et à ne lui recommander que des viandes auxquelles je permettais d'ajouter du poisson, des œufs et les plantes ci-dessus dénommées. Le sujet, que les progrès de son diabétès rendaient avec raison fort inquiet sur l'avenir de son état, se prêta volontiers à suivre mes conseils sans autre retard. Je le revis trois jours après ; déjà il s'apercevait d'une amélioration notable qui avait relevé son moral en lui donnant l'espoir du retour à la santé ; ses urines moins abondantes sont devenues plus jaunes, plus foncées, elles ont repris leur odeur *sui generis* : il peut les retenir pendant trois ou quatre heures. La soif est aussi notablement diminuée

Digitized by Google

et la bouche est devenue plus humide en même temps que les forces se réparent évidemment. Je l'engageai à persister dans ce régime, ce qu'il m'accorda volontiers, parce que l'amélioration évidente de son état lui démontrait que nous avions mis la main sur le mal qui le consumait.

Il s'était déjà bien remis, grâce au régime animal, et avait pu reprendre depuis quelque temps les travaux de sa profession, lorsque vinrent les fêtes de la Noël, pendant lesquelles les membres d'une famille ont la coutume de se réunir. Ce fut une occasion pour notre diabétique de déroger aux règles de régime que nous lui avions tracées et de prendre notablement beaucoup d'aliments féculents et sucrés pendant deux jours. Il n'en fallut pas davantage pour faire revenir l'altération, les urines sucrées et leur abondance. Ce fut un avertissement pour dorénavant être plus prudent. Le régime anti-diabétique fut repris, et par lui augmentèrent encore les forces qui ne tardèrent pas à recouvrer leur ancienne énergie.

Malgré la bonne volonté du sujet, après un mois encore de persistance, le régime mentionné devint tellement fastidieux que le malade vint me déclarer qu'il ne se sentait plus capable de le continuer plus longtemps. Force fut alors de le laisser revenir aux anciennes habitudes avec recommandation de reprendre l'alimentation animale dès que le dégoût lui aurait passé : cela fut fait ; et c'est en alternant ainsi qu'il passe son temps depuis lors. Il est digne de remarque que chaque fois que les aliments féculents sont repris, avec eux reviennent les symptômes diabétiques qui s'arrêtent ensuite par leur cessation.

Ce régime, comme on le voit, ne constitue point sans doute un traitement radical, puisqu'il ne met *pas à l'abri* des récidives; mais il est extrêmement précieux, en ce que par lui on suspend, on arrête à volonté la diathèse diabétique; et, comme il n'a rien d'insalubre, qu'il n'est point difficile à suivre avec persistance pendant un certain temps, on permet au malade de recouvrer ses forces et de prolonger son existence. Ainsi, en attendant que, comme complément de cette médication, la thérapeutique puisse nous offrir quelque spécifique pour détruire tout à fait la disposition saccharogénique de l'économie, l'homme de l'art aura à se réjouir d'avoir été mis en mesure de pouvoir retirer beaucoup de malheureux des sentiers d'une mort inévitable naguères.

REVUE MÉDICALE.—Avril 1840.

—

Hydropisie enkystée de l'ovaire. — Observation recueillie dans le service de M. Gendrin, à la Pitié.

Hier nous avons pratiqué l'ouverture du corps d'une femme âgée, couchée au n° 12 de la salle Sainte-Anne. A son entrée, cette femme présentait une distension abdominale remontant à une époque déjà ancienne. Le palper a fait reconnaître la présence d'un liquide, et la forme sphéroïdale de la tumeur nous a fait diagnostiquer une hydropisie enkystée. L'accroissement progressif du volume du ventre porta la distension de l'abdomen à un tel point que le diaphragme fut refoulé de bas en haut, et qu'il en résulta une gêne considérable dans les fonctions de la respiration. C'est alors que la ponction a été pratiquée : elle n'a amené qu'une diminution du volume augmenté de l'abdomen et un affaissement complet de cette cavité. Elle a été suivie du brisement des forces, de l'imperfection des fonctions digestives. Le ventre n'a pas tardé à reprendre du volume par la formation d'une nouvelle quantité de liquide.

A l'ouverture du cadavre, nous avons trouvé une vaste tumeur enkystée de l'ovaire adhérente par sa face antérieure, dans une grande partie de son étendue, aux parois abdominales, et par sa paroi inférieure au fond de l'utérus.

Ces tumeurs enkystées se développent ordinairement après l'âge critique. Elles consistent dans le développement des vésicules de l'ovaire, rarement d'une seule. Il y en a ordinairement plusieurs fréquemment enchâtonnées les unes dans les autres; le plus souvent il s'en trouve une beaucoup plus développée que les autres; c'est celle-ci qui contracte des adhérences.

En examinant ces tumeurs, on voit qu'elles ne sont que l'exagération de la structure vésiculaire de l'ovaire. Aussi l'ovaire est-il le seul organe qui les fournisse, et si elles se montrent dans d'autres parties, c'est sous l'influence d'autres conditions. En effet l'ovaire est un tissu où se produisent naturellement, normalement des vésicules. Les vésicules présentent un volume d'autant plus considérable qu'elles se rapprochent davantage à la surface de l'organe. C'est d'un côté de l'ovaire seulement, du côté concave, que ces vésicules arrivent à la surface. Dans cette partie, l'organe présente une vascularité plus grande que celle du côté opposé. C'est par cette surface que l'ovaire correspond au bord frangé de la trompe.

Les vésicules ovariennes recèlent chez les femmes fécondes les ovules de Graaf nées dans la profondeur de l'organe; comme les ovules elles-mêmes, ces vésicules se rapprochent progressivement de la

Digitized by Google

surface ovarique. Voilà pour les conditions physiologiques de la production des vésicules de l'ovaire qui sont l'origine des kystes hydropiques.

Dans l'état pathologique, on trouve quelquefois de petites vésicules, tantôt noyées dans l'épaisseur même de l'ovaire, et formant à peine une légère saillie; tantôt détachées de l'ovaire comme hydatiforme; tantôt adhérentes aux extrémités des franges de la trompe et flottantes avec elle. Ces kystes, d'abord à parois diaphanes, peu solides, qui ne gênent pas les fonctions par leur présence, prennent de plus en plus de développement, s'accroissent comme les kystes des autres parties, si l'ovaire ne subit pas l'atrophie normale qu'amène l'âge critique, et ne se convertit pas en tissu fibreux très-dense. Les vésicules s'hypertrophient, et croissent en volume et en solidité; c'est là l'origine des hydropisies enkystées. Cet état de l'ovaire est le résultat de la persistance de cet organe dans son premier état. C'est une véritable hypertrophie des vésicules ovariennes.

Ces vésicules s'agrandissent par l'accumulation du liquide et par la distension de leurs parois, en même temps que se produit leur épaississement; elles se convertissent ainsi en des kystes multiples formés de deux tuniques fibreuses très-denses, soudées par du tissu cellulaire très-serré, dans lequel rampent un très-grand nombre de vaisseaux et surtout de veines. Le développement de cet appareil vasculaire des parois des kystes ovariens est toujours en raison du volume de ces kystes.

Les kystes de l'ovaire, quoique formés de plusieurs vésicules, ont toujours des vésicules uniloculaires : les unes, par rapport aux autres vésicules, sont à des degrés très-divers de développement; il y en a toujours de grandes et de petites, tantôt serrées les unes après les autres, tantôt quelques-unes étant développées et logées dans l'épaisseur même des parois des autres; il y en a d'arrivées à un haut degré de développement, et d'autres qui sont en voie de formation. De là, l'impossibilité de vider complétement ces tumeurs par la ponction : car si l'un est fort développé, on le vide, il est vrai; mais les autres échappant à la ponction, l'hydropisie continue par le développement successif des autres kystes, malgré le vide opéré dans le grand.

Chez la femme dont nous avons ouvert le cadavre, il y avait un grand kyste de trois à quatre décimètres de diamètre, et plusieurs autres de petit volume; les plus petits n'ayant que deux à trois centimètres de diamètre, d'autres ayant un décimètre et plus : tous ces kystes étaient soutenus par un placenta fibreux.

Si cette femme n'eût pas succombé, les petits kystes auraient continué à croître; la paracentèse n'aurait eu d'autre résultat que de hâter leur développement, en diminuant la pression établie par le kyste principal distendu par du liquide, etc.

Lorsqu'elles commencent à se développer, les hydropisies enkystées de l'ovaire ne sont pas susceptibles d'être reconnues à l'exploration. Cependant, dans le principe il y a des symptômes de phlegmasie du côté de l'ovaire, des douleurs profondes vers la région utérine, dans l'hypogastre et surtout d'un seul côté, quelquefois avec l'intensité de la péritonite. Jusque-là, cependant, rien qui annonce le développement d'une tumeur, lorsqu'enfin celle-ci commence à se manifester; en sorte que d'après les phénomènes que l'on observe au début des hydropisies enkystées de l'ovaire et avant leur développement évident, et par les symptômes que les femmes accoutumées à rendre compte de ce qu'elles ont éprouvé, rappellent au médecin comme prodrome de la tuméfaction de l'abdomen, nous croyons qu'on peut considérer les tumeurs enkystées de l'ovaire comme se rattachant dans l'origine à un travail phlegmasique de l'ovaire, qui fait naître les premiers degrés de l'hypertrophie des vésicules ovariennes, et laisse subsister et croître après lui cette hypertrophie, ou au moins la sécrétion inter-vésiculaire, qui peut suffire à augmenter et à produire le développement de ces vésicules par l'accroissement même de la quantité de liquide déposée dans leur cavité.

A mesure que les kystes ovariens se développent, ils tendent à sortir du bassin et à monter dans l'abdomen en s'approchant de plus en plus de la ligne médiane pour se rapprocher de la cicatrice ombilicale; car toutes les fois que les tumeurs développées dans le ventre deviennent mobiles, elles tendent à se rapprocher de l'ombilic qui marque la région que tendent à occuper toutes les tumeurs et tous les liquides contenus dans la cavité abdominale. C'est ainsi que les tumeurs de la rate s'abaissent en augmentant et quelquefois en se déplaçant de l'hypochondre gauche vers l'ombilic; c'est ainsi que l'utérus, distendu par le produit de la conception, s'élève vers l'ombilic; c'est ainsi que vers le milieu de la hauteur de l'abdomen tendent les corps contenus dans la cavité abdominale, qu'ils soient d'origine physiologique ou qu'ils soient d'origine pathologique. La mobilité appartient à toutes les tumeurs enkystées de l'ovaire; elle est évidente jusqu'à ce que ces tumeurs atteignent un certain volume qui les maintient en repos, circonstance qui amène promptement l'adhérence de la tumeur.

Les tumeurs enkystées de l'ovaire, en tirant à elles les tissus qui les environnent, se forment une sorte de pédicule dans lequel se trouve ordinairement la trompe collée sur un de leurs côtés. La forme des tumeurs de l'ovaire est ordinairement semi-circulaire : Brechtfeld, suivant Bartholin et Schorkopf, dans sa dissertation sur les hydropisies de l'ovaire,

Digitized by Google

imprimée à Bâle, vers la fin du dix-septième siècle, ont insisté sur cette forme qu'ils regardent comme un moyen de diagnostic de ces tumeurs. Munikius a fait depuis remarquer avec raison que cette forme, qui n'est que l'exagération de la forme même de l'ovaire, n'est plus évidente quand la tumeur a beaucoup de volume; elle ne se remarque que lorsqu'il y a un grand nombre de vésicules dans la tumeur; quand elle est surtout formée par une ou par deux ou trois vésicules fort développées, les tumeurs de l'ovaire affectent la forme sphérique.

Il ne faut pas confondre ces kystes ovariens avec les petits kystes que l'on trouve adhérents aux franges de la trompe. Rarement ces derniers excèdent un volume de cinq ou six lignes de diamètre. A ce volume ils ne sont pas rares chez les jeunes femmes; ils sont rares après l'âge critique; quelquefois ils deviennent l'origine des kystes hydropiques en acquérant un grand développement. Ces kystes sont uniloculaires, toujours de forme sphérique. Nous présumons que ce sont des tumeurs de cette espèce que l'on est quelquefois parvenu à guérir par les ponctions. Il n'y a pas pour ces tumeurs, comme pour celles de l'ovaire une structure multiloculaire qui devient la cause de la reproduction de la maladie lors même que l'on détermine par la ponction l'affaissement et l'occlusion du kyste principal.

Examinons les avantages et les inconvénients de ces ponctions du kyste de l'ovaire :

L'adhérence des tumeurs multiloculaires de l'ovaire avec les parois de l'abdomen arrive quand ces tumeurs ont acquis un certain volume, la paroi de la tumeur est aussi étroitement appliquée sur la paroi interne de l'abdomen; par conséquent ce ne serait que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on aurait à craindre l'extravasation du liquide dans la cavité péritonéale. Il n'en serait pas de même si les kystes ovariens étaient encore petits et mobiles dans le ventre.

Après la ponction des kystes ovariens, les parois du kyste vidé deviennent le siége d'un travail phlegmasique que l'on reconnait sur le cadavre à l'inspection de ces parois qui sont injectées, rouges et souvent couvertes de concrétions comme pseudomembraneuses, cette phlegmasie occasionne des accidents généraux réactionnels qui consistent dans un état fébrile, de l'accablement, une débilité extrême et souvent de la diarrhée. Ces accidents, occasionnés par la paracentèse des kystes de l'ovaire, sont loin d'être constants; le plus souvent ils ne se montrent pas; les malades éprouvent alors par l'évacuation des kystes un état évident de bien-être qui résulte de plus de liberté dans la respiration; mais la tumeur reprend ensuite progressivement, et avec une rapidité variable, son volume primitif, ou même un plus grand volume.

La ponction des kystes multiloculaires de l'ovaire ne détermine qu'imparfaitement l'évacuation et l'affaissement de la tumeur; car elle n'atteint que le kyste principal. L'évacuation de ce kyste permet de reconnaître aisément la présence des autres, la multiplication et le volume de ces kystes augmentant à mesure que l'on répète plus souvent les ponctions, c'est ce qui rend les paracentèses de plus en plus insuffisantes pour vider la tumeur, et de moins en moins efficaces pour soulager les malades.

Les accidents inflammatoires qui peuvent survenir après la ponction des kystes multiloculaires de l'ovaire sont d'autant plus graves que la nutrition et toutes les fonctions sont arrivées à un profond degré d'affaiblissement, comme il arrive chez les femmes qui sont avancées en âge et portent ces tumeurs depuis longtemps. Tel était le cas de la malade à l'occasion de laquelle nous faisons cette leçon. Cette femme a évidemment succombé sous l'influence des accidents inflammatoires du kyste, développés après la paracentèse.

On a voulu, dans la curation des kystes de l'ovaire, obtenir par des injections irritantes dans la tumeur préalablement vidée par la ponction, une phlegmasie adhésive des parois des kystes.

Nous avons vu pratiquer cette opération, les femmes ont succombé à la violence de l'inflammation. Nous ne concevons pas qu'on ait pensé à cette opération; il n'en est pas de plus irrationnelle, puisque la condition de ces hydropisies est l'existence de plusieurs kystes qui se développeront toujours quand celui sur lequel on opère sera oblitéré. Ainsi se trouvera annulée l'utilité immédiate de l'opération.

Les médecins anglais qui voulaient guérir la maladie en pratiquant l'ablation de l'ovaire, étaient au moins rationnels. La contre-indication de l'opération ne se trouvait que dans ses dangers.

A mesure que l'ovaire se convertit en kyste, il remonte vers l'ombilic, il devient aussi très-facile d'agir sur lui. Cette opération ne serait pourtant praticable que sur les tumeurs qui n'ont qu'un petit volume, sinon l'on serait arrêté par les adhérences de la tumeur, soit avec les parois de l'abdomen, soit avec les intestins.

En opérant l'extirpation des tumeurs ovariennes, l'on a tous les inconvénients, tous les dangers qui suivent l'ouverture de la cavité abdominale; la péritonite, les hémorrhagies, etc.

Les tumeurs multiloculaires de l'ovaire peuvent rester très-volumineuses et stationnaires pendant un temps fort long, et par conséquent rendre superflue même l'opération de la paracentèse simple, qui n'a d'autre but que d'empêcher la gêne qui peut résulter de leur présence.

Digitized by Google

Il ne reste aux médecins prudents pour traiter les tumeurs multiloculaires de l'ovaire, de moyens thérapeutiques, que des moyens palliatifs; il faut ralentir autant qu'on le peut, le développement de ces tumeurs. Ce n'est que lorsqu'elles arrivent, par leur grand volume, à comprimer l'estomac et à rendre difficile l'accomplissement de ses fonctions et celui des fonctions respiratoires et circulatoires, qu'il faut recourir à la paracentèse.

Le moyen qui semble le plus efficace pour empêcher l'accroissement des kystes de l'ovaire, est la compression exercée sur l'abdomen d'une manière continue avec modération, au moyen d'une ceinture. On peut aussi rendre plus lent l'accroissement de ces tumeurs par des médicaments évacuants, tels surtout que les diurétiques, que nous avons employés, dans cette circonstance, chez la femme qui fait le sujet de cette leçon.

Cette médication spoliative a des inconvénients graves si elle n'est pas suivie avec précaution et mesure; elle occasionne l'amaigrissement des malades.

L'hydropisie multiloculaire enkystée de l'ovaire est une maladie assez commune, surtout comparativement à une autre maladie de l'ovaire qui est fréquente, bien autrement grave, c'est le cancer de l'ovaire. Les cancers de l'ovaire, les seules maladies de cet organe auxquelles doive s'appliquer la dénomination de squirrhe, que l'on a donnée à tort aux tumeurs multiloculaires, se développent dans la trame fibreuse de l'ovaire, et non dans les vésicules; aussi ces tumeurs sont-elles denses et solides; elles prennent un certain volume, toujours moins considérable cependant que celui des tumeurs enkystées. Elles remontent comme elles dans l'abdomen. Les carcinomes de l'ovaire occasionnent tous les accidents généraux des cancers, et spécialement l'amaigrissement, l'œdème des extrémités et surtout, la teinte cachectique de la peau, qui se rattache à la présence de tous les cancers. Les tumeurs enkystées multiloculaires ne produisent pas cet état général. Au milieu et aux limites des squirrhes vrais de l'ovaire, on trouve assez souvent des kystes multiples; ils ont le plus souvent peu de volume; on ne leur voit pas prendre un grand accroissement qu'ils ont dans l'hydropisie enkystée.

Les tumeurs enkystées de l'ovaire n'agissent sur tout l'organisme que lorsqu'elles sont volumineuses. Pendant longtemps les fonctions se font bien, et les malades n'éprouvent d'autre incommodité que celle qui résulte du poids de la tumeur. Ce n'est que quand celle-ci est arrivée à un développement considérable qu'on voit survenir des accidents graves. Dans le cancer de l'ovaire, au contraire, à peine est-il développé, que les fonctions s'affaiblissent et la cachexie cancéreuse se manifeste.

GAZ. DES HÔPITAUX. — Avril 1840.

Observations sur l'emploi du nitrate d'argent à haute dose dans la conjonctivite purulente, recueillies à l'hospice de la Charité, dans le service de M. VELPEAU; par M. VAUTIER, interne provisoire.

M. Vautier rapporte deux faits, que nous ne croyons point devoir reproduire, et dont il tire deux conséquences pratiques d'un intérêt bien réel, et en rapport avec ce que l'on observe tous les jours en Belgique, où cette méthode jouit de la vogue la plus méritée.

« 1° Que le nitrate d'argent à haute dose est le moyen le plus puissant que la thérapeutique possède pour combattre les accidents qu'entraînent la conjonctivite purulente et la conjonctivite blennorrhagique. Je dis le nitrate d'argent à haute dose, car toutes les fois que ce topique a été employé à la dose d'un à quatre grains, comme on le fait ordinairement, la maladie n'a pas paru céder plus vite qu'aux autres moyens préconisés jusqu'à ce jour. La dernière observation prouve ce fait jusqu'à l'évidence. En effet, le premier jour du traitement, le nitrate d'argent est employé à la dose d'un demi-gros pour une once d'eau; la maladie s'irrite; le deuxième la dose n'est portée qu'à un grain : il n'y a pas d'amélioration; le troisième, la même dose est continuée : les symptômes s'aggravent rapidement; le quatrième on reprend la solution à un demi-gros, et un mieux très-marqué se manifeste. La même dose est maintenue les jours suivants, et l'amélioration continue.

« 2° Que le nitrate d'argent comme topique pour les maladies des yeux peut être porté à une dose très-élevée, sans déterminer les accidents qu'on aurait pu redouter de prime-abord, et avant de l'avoir essayé. Dans les cas que j'ai rapportés *ici*, il a été employé à la dose d'un demi-gros par once d'eau, et non-seulement il n'a déterminé ni inflammation ni escarification de la conjonctive, mais l'irritation qu'il produisait avait toujours disparu après quelques instants. Il y a peu de temps que je l'ai employé moi-même une fois, à la dose d'un gros pour une once d'eau, dans un cas de kératite chronique, contre laquelle une foule de moyens avaient été essayés sans succès. Me faisant difficilement à l'idée qu'une solution aussi forte n'enflammerait pas la conjonctive, je fis placer sur l'œil, immédiatement après l'application des topiques, des compresses d'eau froide, et je les continuai pendant une demi-journée; non-seulement il ne survint pas d'accidents, mais, quatre jours après cette application, la malade était beaucoup mieux et la vascularisation de la conjonctive avait presque disparu. »

GAZETTE MÉDICALE. — Avril 1840.

Digitized by Google

***Mémoire sur les plaies sous-cutanées*; lu à l'Académie des sciences le 8 juillet 1839, par le docteur Jules Guérin.**

Lorsque j'ai eu l'honneur de faire part à l'Académie des premiers résultats que j'ai obtenus de la section des muscles dorsaux dans le traitement des déviations latérales de l'épine j'ai provoqué et j'ai dû provoquer un mouvement de surprise, sinon de prévention, contre une série d'opérations dont le siége et l'étendue pouvaient faire craindre qu'elles ne fussent pas tout à fait exemptes de danger. Ce sentiment, je le conçois d'autant mieux que moi-même je l'ai éprouvé longtemps avant de mettre à exécution un plan auquel m'avaient conduit l'évidence des indications étiologiques, les besoins incessants d'une pratique souvent stérile, et, j'ose le dire, la certitude du succès, quant à son résultat immédiat sur la difformité. Comment, en effet, n'être pas arrêté par la considération des parties nombreuses et délicates à traverser et à diviser en voulant atteindre la totalité des muscles des gouttières vertébrales? Des vaisseaux et des nerfs en quantité assez considérable; une série de tendons glissant dans des gaines; des masses musculaires renfermées dans des aponévroses; des aponévroses larges et épaisses; et, finalement, le voisinage des cavités thoracique et abdominale, et du canal rachidien, dont les émanations vasculaires et nerveuses préparaient, à la communication des accidents, des voies en apparence presque certaines : il y avait là, au point de vue des notions acquises sur les plaies et leurs complications, de quoi faire appréhender les dangers les plus réels. Ajoutons qu'il n'y avait pas à mettre à profit les ressources de la réunion immédiate, de l'adhésion entre les parties divisées pour éviter l'inflammation, puisque le but de l'opération était de substituer un allongement à la trop grande brièveté des parties à diviser. Il fallait donc, pour réaliser ce résultat à travers les difficultés et les périls dont il paraissait environné, des conditions d'exécution et des ressources nouvelles ; ces conditions et ces ressources étaient en effet là où les enseignements de la tradition avaient placé les apparences d'un écueil presque certain. En un mot, tout paraissait condamner d'avance ma tentative, et tout au contraire devait la rendre simple, facile, sûre, et d'une réussite merveilleusement rapide. Pour ne pas anticiper sur les résultats de l'expérience, je vais raconter la série des épreuves, des faits et des idées par lesquels mon esprit a passé pour acquérir désormais la sécurité la plus parfaite sur les résultats constants d'une opération que pendant plus de deux ans j'ai méditée, sans oser l'entreprendre, et comment cette opération servira de point de départ à un ordre entier de ressources nouvelles, applicables, je l'espère, au domaine général de l'art chirurgical.

§ I. — Partie expérimentale.

A. Premire série d'expériences sur les animaux vivants.

Je me suis livré d'abord à des expériences sur les animaux dans l'unique but de savoir quels accidents pourrait causer la section des muscles de l'épine. J'ai mis la masse des muscles sacro-lombaire et long dorsal à nu sur des chiens, par une incision longitudinale à la peau; j'ai coupé ces muscles en travers, j'en ai même excisé une partie pour observer ce qui se passerait entre les deux bouts; puis je les ai recouverts avec la peau dont les bords ont été maintenus en contact au moyen de points de suture très-rapprochés. Cette première tentative n'a été suivie d'aucun accident; un épanchement considérable de fluide sous la peau a tenu cette dernière soulevée pendant deux jours : une résorption rapide s'en est suivie, et la plaie guérit en quelques jours, sans aucune trace d'inflammation locale ni de réaction générale : les fils de la suture ont disparu. Six semaines après, l'autopsie me montra les deux bouts des muscles divisés réunis par une substance intermédiaire, blanche-rougeâtre, résistante, de consistance fibro-celluleuse, remplissant exactement la place des portions de muscles excisées.

Dans les expériences suivantes, je divisai transversalement, mais cette fois sous la peau et au moyen d'une simple ponction, les muscles des gouttières vertébrales et ceux du dos qui leur correspondent. Dans quelques cas je produisis des épanchements assez sensibles sous la peau; dans d'autres il n'y eut pas d'épanchement appréciable; mais la plupart de ceux qui se manifestèrent furent résorbés dès le lendemain, et deux jours après il n'existait plus d'autre trace de la division des muscles qu'un peu d'empâtement insensible, formé par une substance molle remplissant l'intervalle qui existait entre les deux bouts divisés. Cette substance s'organisa progressivement jusqu'à ne laisser plus apercevoir de différence au toucher avec les tissus qu'elle réunissait. Aucun accident local, en général, n'avait précédé ni suivi cette guérison rapide.

Ces premiers résultats avaient commencé à me rassurer; cependant je pouvais craindre que la guérison si instantanée des plaies ne tînt à l'organisation particulière du chien, dont le sang jouit d'une plasticité remarquable. Je tâchai d'arriver aux applications de ces données à l'homme par des moyens gradués, et avec toute la prudence que commandait une pareille tentative.

—

Digitized by Google

B. Première série d'expériences sur l'homme vivant.

Mes premières expériences sur l'homme consistèrent dans la section sous-cutanée des muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens. En même temps qu'elles me préparèrent la voie pour arriver aux muscles de la colonne, elles me servirent à réaliser la méthode de traitement du torticolis ancien que j'ai fait connaître il y a dix-huit mois. Je fis donc, dans l'intervalle d'une année, vingt-cinq fois la section sous-cutanée des muscles sterno ou cleïdo-mastoïdiens, isolément, alternativement ou simultanément, et, dans tous les cas, j'ai obtenu une guérison de plaies sans apparence d'inflammation locale, et toujours avec la série de phénomènes que j'avais observés après la section des muscles dorsaux chez le chien; c'est-à-dire épanchement d'une certaine quantité de sang dans la plaie, accumulation d'un fluide qui se résorbait en vingt-quatre ou trente-six heures, pour ne laisser à sa place qu'une substance molle passant graduellement à l'organisation fibro-celluleuse. On remarquera qu'il ne s'agissait déjà plus de la section sous-cutanée des tendons des muscles rétractés, et qu'on ne pouvait plus regarder le calme des phénomènes comme dépendant de la division des parties qui, comme le tendon d'Achille, ne sont ni vasculaires, ni nerveuses; mais qu'il s'agissait d'une plaie véritable, occupant une étendue quelquefois de 8 à 10 centimètres, intéressant des vaisseaux et des nerfs, provoquant de la douleur et un épanchement assez considérable de sang. Plusieurs fois, en effet, j'avais été obligé de diviser tout à la fois le tendon du sterno-mastoïdien primitivement rétracté, et le corps charnu du muscle cleïdo-mastoïdien, parce que son raccourcissement secondaire, bien que passif, était trop considérable pour me permettre d'espérer un allongement suffisant par les machines : je coupais donc les deux muscles, je coupais, en outre, leurs aponévroses, le peaucier; je coupais des filets nerveux, des artérioles et des veinules, en quantité assez considérable pour avoir une forte accumulation de sang dans la plaie. Malgré la tuméfaction qui en résultait et quoique une foule d'accidents parussent à craindre, comme le décollement de la peau, l'inflammation et l'étranglement des parties profondes, la fusée du fluide épanché, et, secondairement, du pus dans les intervalles celluleux des muscles, rien de tout cela ne m'est arrivé, je le répète, dans vingt-cinq opérations de ce genre, que j'ai pratiquées; toujours, au contraire, un travail d'organisation régulière s'est manifesté là où on pouvait appréhender une réaction inflammatoire. On remarquera bien qu'il n'y avait pas ce que les auteurs ont constaté et décrit jusqu'ici, sous la dénomination de réunion immédiate ou d'adhésion entre les parties divisées : il y avait, au contraire, séparation de ces parties, et, dans leur intervalle, un épanchement fluide d'abord, gélatiniforme ensuite, et un travail successif destiné à consolider cette matière et à lui donner la consistance et la force des parties environnantes.

Cette seconde série de résultats m'avait amené à réfléchir sur la cause essentielle de leur constance, de leur uniformité et de leur dissemblance avec les effets ordinaires des plaies. Trois ou quatre résultats opposés, c'est-à-dire le développement de l'inflammation et de la suppuration à la suite d'opérations analogues et moins importantes encore, à la suite de sections du tendon d'Achille et du tendon du biceps, faites également sous la peau par deux chirurgiens de nos hôpitaux me mirent immédiatement sur la voie. Ces chirurgiens, quoique très-habiles, avaient fait, comme Delpech dans son premier essai de section du tendon d'Achille, d'assez larges ouvertures à la peau, et comme lui ils avaient vu survenir une inflammation suppurative. Je crus trouver dès lors, dans l'étendue de l'ouverture des plaies, un obstacle à l'adhésion immédiate de leurs bords, une voie nécessairement ouverte à l'air extérieur, et une communication permanente entre ce fluide et le fond des parties divisées. Cette opinion confirmée dans mon esprit par une foule de considérations dont j'émettrai plus bas les plus décisives, le fut surtout par l'expérience de ce que j'avais fait. Dans chacune de mes vingt-cinq opérations de torticolis, comme dans plus de deux cents cas de pieds-bots que j'avais opérés, mes opérations n'avaient eu besoin que de simples piqûres à la peau, très-étroites, de 4 à 5 millimètres au plus, qui s'étaient complétement fermées, et dont j'avais immédiatement favorisé l'occlusion à l'aide d'un peu de diachylon gommé.

Je me croyais donc en possession de la condition essentielle qui avait empêché mes plaies sous-cutanées de s'enflammer, qui les avait fait devenir le siége d'un travail d'organisation immédiate, et cette condition me paraissait être l'absence du contact de l'air extérieur, l'occlusion immédiate des ouvertures et l'occupation de l'étendue de la plaie par du sang épanché. Mais jusqu'à quel point pouvais-je compter sur cette immunité d'accidents dans les plaies sous-cutanées soustraites au contact de l'air? Quelle limites pouvais-je assigner à cette immunité relativement à l'étendue des plaies, à leur profondeur, à la nature et au nombre des tissus qu'elles pouvaient comprendre? Des plaies larges, profondes, siégeant dans toutes les parties du corps, occupant des muscles, du tissu cellulaire, des aponévroses, des ligaments, des nerfs, des vaisseaux, pouvaient-elles bénéficier de la même condition, et donner lieu sous la peau à un travail d'organisation tout à fait exempt de réaction inflammatoire, ou d'apparence morbide

quelconque? Pour résoudre cette question dans sa généralité, je fis les expériences suivantes :

C. Seconde série d'expériences sur les animaux.

Je pris deux chiens de médiocre taille, l'un jeune, l'autre adulte. Au premier, je fis la section sous-cutanée de la masse des muscles des gouttières vertébrales dans trois points différents de sa longueur ; une section au niveau de la région scapulaire supérieure, comprenant le trapèze, le rhomboïde, le petit dentelé, les prolongements du sacro-lombaire et du long dorsal et les deux couches des transversaires épineux ; une seconde section du côté opposé de l'épine, à 8 centim. plus bas et comprenant les différentes couches de muscles et d'aponévroses jusqu'au fond de la gouttière vertébrale ; une troisième section au niveau de la troisième vertèbre lombaire, comprenant également toute la largeur de la masse commune du sacro-lombaire et du long dorsal. Après ces trois plaies, j'en fis deux autres beaucoup plus considérables sur le même sujet ; je coupai transversalement sous la peau les masses charnues de la partie postérieure et supérieure de la cuisse de chaque côté, depuis le fémur jusqu'à la peau. Dans cette section furent compris le grand fessier, le biceps, le demi-tendineux, le demi-membraneux, le droit interne, le grand adducteur, le nerf sciatique et les artères et les veines correspondantes. Chacune de ces sections avait été faite au moyen d'une seule ouverture à la peau, avec un bistouri de 2 millim. de largeur, et sur un point de la peau écarté du siége de la plaie intérieure, de manière à détruire le parallélisme des deux ouvertures ; pour mieux encore me prémunir contre l'introduction de l'air, je fermai les ouvertures de la peau à l'aide d'un point de suture.

Chez le second chien, je fis une longue plaie sous la peau, s'étendant depuis la racine du cou jusqu'au sacrum, parallèlement à la ligne des apophyses épineuses. Je divisai ainsi tous les muscles qui recouvrent la gouttière vertébrale et traversai tous ceux qui occupent cette gouttière, jusqu'à la dernière couche des transversaires épineux. Cette longue plaie avait pu être faite en deux temps, par une seule ouverture à la peau, correspondante au milieu de l'épine. Dans le premier temps, j'avais divisé toutes les couches des muscles, depuis le haut de la région dorsale jusqu'au milieu de la colonne ; dans le second temps, j'avais réintroduit l'instrument par la même ouverture, mais en sens inverse, pour couper du sacrum au milieu de la colonne. Après avoir fait cette première plaie et fermé l'ouverture de la peau, au moyen d'un point de suture, je répétai à la cuisse gauche du même chien, l'opération que j'avais faite aux cuisses du chien précédent, c'est-à-dire la section transversale de tous les muscles postérieurs du haut de la cuisse, depuis le fémur jusqu'à la peau. Dans cette section ont été également compris les vaisseaux et les nerfs qui fond partie de cette masse charnue. Un point de suture ferma également toute communication avec l'air extérieur.

Voici dans quel état étaient ces deux chiens immédiatement après l'opération :

Chez le premier, le plus jeune, il y eut des épanchements de sang sous la peau, au niveau des sections des muscles vertébraux ; mais ces épanchements étaient médiocres. Aux deux cuisses, au contraire, la quantité du liquide épanché fut beaucoup plus abondante, quoique cependant elle ne déterminât pas une forte tension des parties.

Chez le second chien, il y eut un épanchement de sang dans toute l'étendue de la gouttière vertébrale, correspondant à la plaie, mais un épanchement sans gonflement considérable ; à la cuisse opérée, au contraire, il y eut un épanchement énorme : le volume de la fesse avait doublé ; elle était ronde, tendue, et remplie évidemment par un liquide épanché.

Les deux chiens furent liés et retenus immobiles jusqu'au lendemain matin. La nuit se passa tranquille, sans aucune espèce d'accident, et les animaux ne paraissaient pas souffrir. Le lendemain, le plus fort mangea un peu, l'autre resta sans manger jusqu'au soir. Ni l'un ni l'autre cependant n'eut aucune apparence de fièvre. Le surlendemain ils paraissaient de la meilleure santé, buvant, mangeant, comme de coutume, et commençant à se livrer à des mouvements assez étendus. Le plus jeune, qui avait eu les deux fesses divisées, était complétement paralysé des deux membres inférieurs ; il essayait néanmoins de marcher par bonds ; le plus âgé, ayant conservé un membre intact, marchait parfaitement, le membre opéré en l'air. Ni l'un ni l'autre n'offrait plus de traces des opérations aux muscles de l'épine. Aux fesses, le gonflement avait diminué des trois quarts ; on ne sentait plus sous la peau qu'une matière molle ; mais la pression ne développait aucune douleur.

Le quatrième jour, le chien le plus âgé ne paraissait plus se souvenir de ses mutilations : il s'échappa de sa retraite, marcha, courut, sauta toute la journée ; il était absolument comme avant les opérations. Le soir il éprouva les effets de cette fatigue prématurée : un peu de sensibilité s'était développée dans le point opéré ; mais, dès le lendemain, tout paraissait rentré dans l'état normal, et la plaie de la fesse, aussi bien que celle du dos, n'offrait plus de trace de sensibilité.

Chez le plus jeune des chiens, les phénomènes offraient encore plus d'intérêt ; aucune des cinq plaies n'avait provoqué le plus petit symptôme de réaction inflammatoire, et, dès le quatrième jour,

Digitized by Google

le chien commença à se lever sur ses pattes de derrière, et, au huitième jour, il pouvait marcher; enfin, aujourd'hui il conserve à peine quelques traces de cette paralysie complète des deux membres, due à la section des troncs nerveux qui les desservent.

Voilà donc une réunion de plaies sous-cutanées, occupant une grande étendue de tissu, ayant divisé des masses charnues, des muscles, des aponévroses, des vaisseaux et des nerfs, suivies d'épanchements considérables sous la peau, et guérissant, que dis-je, s'organisant immédiatement, presque comme s'il n'eût été question que d'une simple lésion de la peau elle-même. Je m'abstiens de tirer, pour le moment, les conséquences importantes qui ressortent de ces deux opérations. Je me borne à dire qu'il me parut démontré dès lors qu'on pouvait impunément pratiquer des plaies étendues sous la peau sans craindre d'accident, pourvu qu'on eût soin d'empêcher toute communication avec l'air extérieur. Plein de cette conviction, je crus pouvoir essayer d'appliquer à l'homme le bénéfice de ce résultat nouveau.

D. *Seconde série d'expériences chez l'homme.*

Je ne m'arrêterai pas à détailler chacune des opérations qui m'ont conduit chez l'homme à des résultats analogues à ceux que je viens de rapporter. Je me bornerai à donner un résumé de ces opérations, en faisant connaître les particularités les plus remarquables qu'elles m'ont offertes au point de vue du sujet de ce mémoire.

J'ai fait chez l'homme, seize fois (1) sous la peau, la section totale ou partielle des muscles du dos et de la colonne, du trapèze, du rhomboïde, de l'angulaire de l'omoplate, du sacro-lombaire et du long dorsal des transversaires épineux. Dans chacune de ces opérations, j'ai été obligé de faire des plaies de 8 à 10 centimètres d'étendue, quelquefois 4 à 5 centimètres de profondeur, comme dans les cas de section complète des masses communes du sacro-lombaire et du long dorsal; dans quelques cas, dans la section totale du trapèze et du rhomboïde, par exemple, l'instrument tranchant a parcouru 10 à 12 centimètres sous la peau.

Dans toutes ces opérations, j'ai divisé des faisceaux musculaires, des aponévroses, des gaines tendineuses, des vaisseaux et des nerfs; dans quelques circonstances, il s'est fait immédiatement sous la peau et entre les lèvres de la plaie sous-cutanée un épanchement assez considérable. Cependant je me suis borné pour tout pansement à fermer la petite ouverture de la plaie extérieure avec un morceau de diachylon gommé, et à exercer une compression médiocre sur la saillie extérieure quand il y avait un épanchement un peu considérable. Dans les seize opérations que j'ai pratiquées, moins une, que j'analyserai plus bas, les plaies n'ont provoqué aucun phénomène inflammatoire ni de fièvre; dès le lendemain, elles n'offraient plus d'autre trace extérieure qu'un léger empâtement, presque insensible à la pression. Tous les sujets qui ont été ainsi opérés ont pu, dès le troisième jour, se lever, marcher avec des supports, être soumis à des appareils mécaniques destinés à corriger les déviations de la colonne dégagées dès lors des agents primitifs de leurs directions vicieuses.

La seule opération qui n'ait pas suivi la marche que je viens d'indiquer a offert des circonstances exceptionnelles qui m'ont paru expliquer clairement la différence des résultats qu'elle a présentés. C'était la seconde fois que je faisais la section de la totalité des muscles de la gouttière vertébrale; j'avais fait deux ouvertures à la peau, beaucoup plus grandes que de coûtume; une assez grande quantité d'air s'était introduite dans la plaie par ces ouvertures, et s'était infiltrée entre les gaines celluleuses des muscles. Ce n'est que le lendemain de l'opération que je me suis aperçu de la présence de cette masse d'air qui avait soulevé la peau dans une assez grande étendue, et qu'on pouvait apprécier à la crépitation provoquée par la pression des doigts. Depuis cet accident, j'ai eu soin de faire de très-petites ouvertures à la peau, de n'en faire qu'une, autant que possible, pour chaque opération, d'expulser l'air qui s'y introduisait, et surtout de ne pas en faire sortir tout le sang épanché pour ne pas laisser d'espace libre entre les lèvres de la plaie et les bouts des muscles divisés. Moyennant ces précautions, il ne m'est plus arrivé le plus petit accident, et j'ai cru voir dans le cas exceptionnel que je viens de rapporter une contre-épreuve décisive de mes expériences pour établir le fait général de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées.

En résumant la partie expérimentale de ce mémoire, on voit que chez l'homme aussi bien que chez les animaux, que pour les muscles, les aponévroses, le tissu cellulaire, les nerfs et les vaisseaux d'un petit calibre, aussi bien que pour les tendons, les plaies qui divisent tous ces tissus sous la peau hors du contact de l'air extérieur, sont affranchies du travail inflammatoire et jouissent à coup sûr de la propriété de s'organiser immédiatement. Voyons maintenant à quoi tient ce phénomène, et cherchons à déterminer comment l'air agit pour empêcher par sa présence l'organisation immédiate des plaies, et comment, au contraire, par son absence, cette organisation s'effectue toujours immédiatement.

(1) Depuis la rédaction de ce mémoire, j'ai répété cinquante fois environ les mêmes opérations, et toujours avec les mêmes avantages.

Digitized by Google

§ II. — THÉORIE DE L'ORGANISATION IMMÉDIATE DES PLAIES SOUS-CUTANÉES.

Le premier point à établir serait sans doute que c'est au défaut de communication des plaies sous-cutanées avec l'air extérieur qu'il faut attribuer leur propriété de s'organiser immédiatement ; mais ce fait est si général, si évident, il s'est montré avec une constance si uniforme, qu'il suffit, pour le rendre incontestable, de rappeler les nombreuses circonstances où il existait déjà dans la science, mais où il avait passé inaperçu. Depuis longtemps on savait que la section sous-cutanée du tendon d'Achille était suivie de la formation immédiate d'une substance intermédiaire sans inflammation appréciable : on n'avait pas élevé ce fait à sa signification générale : on avait cru que l'absence de l'inflammation dans ce cas tenait à la texture même du tissu tendineux, dont le défaut de vascularité et de sensibilité le garantissait de toute réaction inflammatoire propre aux autres tissus. On n'avait pas remarqué que Delpech et d'autres après lui ayant fait de grandes ouvertures à la peau avaient provoqué des inflammations et des suppurations là où l'on supposait l'organisation spéciale du tendon la cause de l'absence habituelle de ces accidents. Cependant depuis que cette opération est faite au moyen d'une petite piqûre à la peau et par les personnes qui en ont l'habitude, on n'apprend plus qu'il survienne d'inflammation consécutive. Pour mon compte, j'ai fait plus de 300 sections de tendons ou des muscles, et je suis encore à observer le plus petit accident inflammatoire.

Mais la science était en possession d'autres faits également concluants et également méconnus. On sait qu'à la suite des luxations traumatiques il y a souvent des déchirures considérables des capsules articulaires, des arrachements de fibres musculaires, comme dans les luxations de la cuisse, de l'épaule et du coude. Eh bien ! à part quelques douleurs produites par la distension ou la rupture de filets nerveux, combien peu d'accidents inflammatoires sont provoqués par ces déchirures faites sous la peau, c'est-à-dire hors du contact de l'air ! Ici, cependant, ce ne sont plus des plaies par instruments tranchants, ce sont des distensions violentes, des arrachements de parties reconnues pour être faciles à s'enflammer, et dont l'inflammation est ordinairement des plus graves. Je pourrais citer encore les fractures des os des membres sans ouverture à la peau, et beaucoup d'autres exemples dont la signification essentielle n'avait pas été saisie, mais qui deviennent autant d'expériences irrécusables pour établir que c'est bien à l'absence du contact immédiat de l'air extérieur qu'est due la faculté qu'ont ces plaies de s'organiser immédiatement. Ajoutons que depuis Hunter les personnes qui se sont occupées des phénomènes de la cicatrisation des plaies avaient remarqué la différence qu'ils présentent suivant qu'ils se passent à l'air extérieur ou qu'ils ont lieu hors de son contact. La courte discussion à laquelle je vais me livrer sur le mode d'action de l'air à l'égard des plaies achèvera d'ailleurs de mettre hors de doute la réalité de son influence essentielle et primitive sur la production du phénomène qui nous occupe.

L'influence de l'air à l'égard des plaies sous-cutanées peut être examinée sous le point de vue physique, sous le point de vue chimique et sous le point de vue vital. Chacun de ces modes d'action peut lui-même être considéré par rapport aux éléments principaux qui constituent les plaies sous-cutanées : le sang, les vaisseaux, les nerfs et les tissus divisés proprement dits. L'énoncé seul du problème montre combien il est complexe, combien les termes qui le composent sont nombreux et difficiles à déterminer ; c'est à ce titre que j'ose réclamer toute l'indulgence et l'attention de l'Académie.

L'action physique de l'air sur les plaies sous-cutanées et sur chacun de ses éléments est évidente, mais toute négative. J'ai fait remarquer qu'il fallait, pour que l'organisation immédiate de la plaie s'effectuât à coup sûr, que les ouvertures de la peau fussent très-petites, que la plaie fût évacuée de l'air qui avait pu s'y introduire pendant l'opération, et qu'une quantité de sang suffisante pour en occuper l'espace se fut épanchée sous la peau. Au moyen de ces conditions, les lèvres des petites piqûres cutanées se ferment hermétiquement par leur adhésion immédiate, et cette occlusion est encore favorisée par l'application d'un emplâtre collant.

Or que résulte-t-il de cet ensemble de conditions? Premièrement : Que l'air ne continuant plus à s'introduire dans la plaie ne se présente pas à l'orifice des vaisseaux divisés, et n'empêche pas le sang de continuer à être versé par les bouts des vaisseaux afférents, à mesure que la quantité épanchée est pompée et absorbée par les orifices des vaisseaux efférents. Secondement : Que les bouts de ces derniers, ouverts dans l'intérieur de la plaie se vidant au fur et à mesure de la continuation de la circulation et en vertu de sa continuité exercent hors du contact de l'air une succion sur le sang épanché, succion qui n'aurait pas lieu si l'air venait incessamment remplir les espaces laissés vides par la quantité de sang absorbé, et s'interposer entre le sang fourni par les vaisseaux efférents et les bouts de ceux qui doivent le résorber. En vertu de son absence de l'intérieur de la plaie, l'air favorise donc le rétablissement de la circulation entre les bouts des vaisseaux divisés et entretient la continuité de cette circulation, sauf les autres conditions que je vais énumé-

Digitized by Google

rer. Je ne dis rien de l'action de la température de l'air, parce que la science n'est encore arrivée à cet égard à rien de précis, bien que cet élément me paraisse exercer une influence réelle.

L'action chimique de l'air sur le sang des plaies est une des plus importantes. Sans prétendre expliquer la nature du phénomène de la coagulation du sang, phénomène dont personne jusqu'ici n'est parvenu à donner une solution même provisoire, on peut la regarder néanmoins comme une première phase de l'altération de ce fluide qui conduit à sa dissolution et à sa putréfaction. L'air est en effet le principal agent de cette putréfaction. Or quand le sang versé par les vaisseaux divisés est protégé par la peau contre l'air extérieur, il peut bien éprouver un certain degré de coagulation; mais à part des cas exceptionnels, il n'arrive jamais à se décomposer entièrement et encore moins à se putréfier. Ce n'est là à coup sûr qu'une indication vague de l'action chimique de l'air sur le sang des plaies; mais dans sa généralité, cette explication est assez plausible pour qu'on regarde le défaut d'action de l'air extérieur sur le sang des plaies comme une condition qui rend compte du maintien de ses propriétés chimiques les plus importantes. Il serait à désirer que la science pût substituer à cette assertion générale la notion précise des éléments matériels qu'elle formule.

L'influence vitale qu'éprouvent le sang et les autres éléments des plaies sous-cutanées de l'absence du contact de l'air extérieur s'approprie provisoirement, comme dans toutes les questions de physiologie, les faits qui ne trouvent pas encore à être expliqués par l'intervention des lois générales de la physique et de la chimie. Sous ce point de vue, la plus grande partie des phénomènes des plaies sous-cutanées ressortent d'une action vitale du sang, des vaisseaux, des nerfs et des tissus divisés proprement dits.

Au sortir des vaisseaux, le sang éprouve en s'épanchant dans les plaies sous-cutanées un commencement de coagulation. Si l'air extérieur n'intervient pas, une partie de ce sang est résorbée, l'autre partie s'organise; c'est un fait incontestable que mes observations immédiates ont mis hors de doute, et dont j'aurai occasion prochainement de soumettre toutes les phases et toutes les particularités à l'Académie. On peut dire de cet état du sang, que c'est une modification de sa constitution vitale, puisque aucune explication chimique ne lui est applicable, mais non une altération profonde de cette constitution, puisque le sang ainsi modifié continue immédiatement, toutefois avec des caractères physiques et des résultats organiques différents, à fonctionner comme il le faisait auparavant, c'est-à-dire à nourrir les tissus et à rétablir leur continuité. Cependant si l'air extérieur continue à influencer le sang épanché, il s'altère de plus en plus, et à part les changements dans sa composition chimique auxquels nous avons attribué sa dissolution et sa putréfaction, on peut dire que cette dissolution est la cessation de son état de vie, c'est-à-dire la disparition des conditions spéciales qui l'harmonisaient avec le reste de l'organisme et le rendaient apte à continuer les fonctions de nutrition, de renouvellement et d'accroissement de cet organisme. Une fois modifié de la sorte, sous l'influence du contact de l'air, que cette modification soit purement chimique, ou chimique et vitale, le sang donne lieu à une autre série de résultats dont l'existence ne peut être mise en doute, mais dont la nature et le mécanisme sont encore obligés de se réfugier sous le voile mystérieux de la vie. Le sang altéré, dépossédé des qualités qui font qu'il vit, n'est plus apte à être reçu par les vaisseaux absorbants ou efférents. Soit que ses globules cessent d'être en rapport avec l'orifice de ces derniers, soit que leur sensibilité réciproque cesse de se correspondre, soit que les vasseaux se resserrent spasmodiquement au contact d'un sang mort, soit enfin que la portion de ce sang qui parvient à s'insinuer dans quelques-uns de ces vaisseaux y devienne des germes de destruction contre lesquels s'insurgent les tissus vivants, toujours est-il que le sang incessamment influencé par l'air n'est plus dans les conditions qui le rendent apte à circuler, à nourrir et à réparer les parties; c'est là ce qu'il m'importait d'établir, sauf à être obligé de confesser toute notre ignorance sur les causes matérielles, physiques, chimiques ou vitales de ces résultats. Ajouterai-je que la présence de l'air dans les plaies stimule anormalement les filets nerveux qui y aboutissent, qu'il cause un resserrement spasmodique des vaisseaux, qu'il modifie la totalité des tissus avec lesquels il se trouve accidentellement en contact, leur imprime un état différent de l'état physiologique et les rend par conséquent peu aptes à participer au travail de restauration organique qui s'établit immédiatement entre les bouts des tissus divisés : tout cela n'est que l'expression analytique du fait lui-même, mais non son explication.

Tout ce qu'il me paraît permis de conclure de ce qui précède, c'est que les plaies sous-cutanées s'organisent immédiatement à cause de l'absence du contact de l'air, et que ce fluide n'obstruant pas physiquement la circulation, ne modifiant pas chimiquement le sang, et n'altérant pas sa constitution vivante, finalement n'imprimant pas de modifications anormales aux nerfs, aux vaisseaux et aux tissus habituellement affranchis de son contact immédiat, permet à la vie de continuer l'exercice de ses fonctions, au sang de circuler, de nourrir, de réparer, de s'organiser, là où il aurait provoqué un tra-

Digitized by Google

vail inflammatoire si la peau ne l'eût complétement isolé du contact permanent de l'air extérieur.

Tels sont les phénomènes qui constituent ce que j'ai cru pouvoir appeler l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées ; quelle que soit la validité de la théorie incomplète que j'en ai donnée, ces phénomènes n'en ont pas moins une existence positive, certaine, soumise à des conditions déterminées, se renouvelant constamment sous l'influence de ces conditions et pouvant par conséquent être substitués avec de grands avantages pour l'art chirurgical aux inflammations suppuratives, là où il sera possible de substituer les opérations sous-cutanées et leurs conditions essentielles aux opérations avec ouverture de la peau et contact habituel de l'air avec les tissus divisés. Ceci me conduit à indiquer immédiatement les principales conséquences qu'on pourra tirer des faits qui précèdent pour les appliquer au domaine général de la chirurgie.

§ III. CONSÉQUENCES ET APPLICATIONS GÉNÉRALES.

Les conséquences qui résultent des faits et des considérations exposées dans les deux premières parties de ce mémoire sont de deux ordres : les unes, scientifiques, tendront à éclairer le mécanisme des différents modes de réunion des plaies ; les autres, pratiques, conduiront à substituer à quelques-unes des opérations qui s'exécutaient jusqu'ici en divisant également la peau et les tissus sous-jacents, le mode opératoire sous-cutané, et à tenter toutes les fois qu'elle sera possible la conversion des plaies ouvertes en plaies sous-cutanées complétement fermées à l'air. Quelques développements montreront le degré d'etendue et d'utilité de ces applications.

Et d'abord tous les auteurs depuis Hunter ont remarqué que les deux modes de cicatrisation des plaies primitive et secondaire ne diffèrent que dans leurs premières périodes. Les plaies qui suppurent et celles qui se réunissent par première intention présentent dans le phénomène de l'organisation du tissu de la cicatrice, considéré en lui-même, les mêmes apparences, les mêmes phases, la même série de transformations ; toute la différence porte sur les préliminaires de cette opération ; ôtez l'inflammation et la suppuration, et considérez, abstraction faite de ces deux phénomènes, ce qui se passe dans la formation du tissu destiné à renouer la continuité des parties divisées, soit que cette continuité se rétablisse par l'agglutination immédiate, soit qu'elle ne succède qu'au travail inflammatoire, et vous observerez exactement les mêmes résultats. Il est inutile d'entrer dans des détails sur ce premier point qui a maintenant la valeur de la chose démontrée. Mais ce qui ne l'est pas, c'est le mécanisme à l'aide duquel les plaies suppurantes arrivent au travail d'organisation des plaies réunies par première intention, et ce qui ne l'est pas davantage, c'est la condition essentielle de la réunion immédiate de ces dernières. Or les phénomènes de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées me paraissent pouvoir résoudre cette double difficulté, parce qu'ils offrent eux-mêmes la répétition de ce qui arrive dans les deux premiers cas ; je m'explique.

Lorsque l'on examine ce qui se passe entre les lèvres d'une plaie qui se réunit par adhésion immédiate, on trouve exactement la même série de phénomènes que dans l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées. Toute la différence porte sur l'étendue du travail d'organisation ; c'est-à-dire que dans les plaies sous-cutanées il peut y avoir un espace assez considérable entre les lèvres de la plaie dont les bords sont éloignés par le retrait des tissus ou par le fait de la pesanteur ; une substance nouvelle remplit cet espace et acquiert progressivement toutes les propriétés du tissu des cicatrices. En comparant ce tissu et les diverses transformations par lesquelles il passe, avec la ligne de jonction qui se trouve entre les lèvres d'une plaie guérie par réunion immédiate, on trouve que les propriétés physiques et organiques sont exactement les mêmes : de part et d'autre, c'est une trame nouvelle, résultant d'un épanchement de lymphe plastique, d'abord gélatiniforme, prenant progressivement de la consistance, se creusant de vaisseaux destinés à rétablir la circulation entre les parties divisées, et finalement arrivant à constituer un tissu nouveau de consistance variable, suivant l'époque où on l'examine, mais la même aux mêmes époques dans les deux cas. La première conséquence qu'on peut tirer de cette identité de produits, c'est que les conditions de production ont été identiques ; car la nature n'emploie jamais de moyens différents pour produire des résultats essentiellement pareils. On peut donc déjà conclure du parallélisme des effets au parallélisme des causes. Or, la condition dominante, principale, avons-nous dit, de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées, c'est l'absence du contact de l'air. La même condition existe en réalité pour la réunion immédiate des plaies avec division de la peau ; pour s'en assurer directement et sans le secours de l'induction tirée de ce qui se passe dans les plaies sous-cutanées, il suffit d'étudier les cas où l'on a vu la réunion immédiate des plaies s'opérer dans toute l'étendue de leur surface, les cas où elle ne s'est opérée que partiellement avec des parties de surfaces suppurantes, et les cas où elle a échoué complétement, et l'on verra que cette variété de résultats tient essentiellement au défaut de soins employés pour soustraire les surfaces de ces plaies ou quelque portion seulement de ces surfaces au con-

Digitized by Google

tact de l'air. La seconde conséquence qui résulte de la comparaison des phénomènes de la réunion immédiate avec ceux de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées, c'est que la condition essentielle de cette réunion et de cette organisation est la même, c'est de soustraire exactement les surfaces des plaies à tout contact de l'air atmosphérique; je ne m'arrêterai point à indiquer les moyens de remplir cette indication; il me suffit pour le moment de l'établir comme condition capitale et certaine d'un résultat qui a préoccupé les chirurgiens depuis près de deux siècles, et qui a fait dire à un des historiens de la réunion immédiate que « si la méthode adhésive réussissait d'une manière complète toutes les fois qu'on la tente, la chirurgie serait un art divin (1). »

La conséquence de ce qui précède, c'est que le travail de cicatrisation proprement dit est le même dans les plaies qui ont suppuré, dans les plaies qui se réunissent par première intention et dans les plaies sous-cutanées; cette conséquence en entraîne nécessairement une autre. S'il est vrai, en effet, que la condition essentielle de la réunion immédiate des plaies avec division de la peau et de l'organisation des plaies sous-cutanées soit la soustraction de leurs surfaces au contact de l'air, il est probable encore que le travail de cicatrisation des plaies suppurantes n'arrive à s'exécuter que du moment où la nature parvient, par un artifice quelconque, à ramener ces dernières aux conditions des premières; c'est-à-dire à soustraire leurs surfaces au contact de l'air. C'est en effet ce qui arrive, ainsi qu'on va le voir.

Bichat avait vu le premier que les plaies qui suppurent se revêtent progessivement à leur surface d'une pseudo-membrane qui s'oppose au passage de l'air insufflé (2). Cette membrane, ajoute ce grand anatomiste, est destinée à garantir les parties pendant le travail de cicatrisation (3). Les chirurgiens qui se sont occupés après Bichat du même sujet ont reconnu l'existence de cette même membrane, mais ils lui ont donné, comme Delpech, la destination de sécréter le pus, et ils l'ont appelée membrane puogénique. Bichat, par le rôle vague qu'il avait assigné à la membrane provisoire des cicatrices, a laissé naturellement le champ libre aux hypothèses; mais son instinct ne l'avait-il pas mis sur la voie de la vérité? Qu'est-ce en effet que cette membrane qui se développe graduellement à la surface des plaies, avant que le travail de cicatrisation commence, et qui précède immédiatement ce travail, sinon le préalable indispensable de cette cicatrisation, sinon un isoloir entre la surface de la plaie et l'air extérieur, destiné à ramener les plaies suppurantes à la condition essentielle des plaies sous-cutanées? A ce point de vue, plus de différence entre les trois ordres de plaies au moment où elles se cicatrisent. La formation du pus n'est plus une sécrétion spéciale ayant son organe sécréteur spécial : c'est le sang qui arrive à la surface des plaies ouvertes à l'air, et offre une série de modifications relatives aux modifications de la membrane à travers laquelle il filtre, et en raison du degré d'influence de l'air; aussi, en examinant la composition du liquide qui suinte d'une plaie, depuis l'instant où sa surface est soumise à l'air, jusqu'au moment où toute sécrétion du pus cesse, on trouve que ce sont toujours les éléments du sang qui constituent le fluide sécrété, mais des éléments en nombre et en proportion différents, suivant l'époque de la sécrétion; c'est-à-dire suivant la phase et le degré de développement de la membrane qui protège la surface de la plaie contre l'air extérieur. Je me dispense d'entrer dans plus de détails sur ce point, et me hâte d'arriver aux applications pratiques plus immédiates des principes fournis par l'étude des plaies sous-cutanées.

La présence et le contact de l'air étant reconnus comme l'obstacle principal qui s'oppose à la réunion immédiate des plaies, il conviendra d'aviser, non-seulement au moyen d'obtenir un contact parfait entre tous les points des surfaces mises en rapport, de fermer hermétiquement le bord des plaies, mais encore de faire un vide complet entre leurs surfaces, de manière à obtenir de la pression atmosphérique un supplément d'action propre à maintenir les surfaces réciproques dans une adhésion parfaite et permanente. Si une portion de ces surfaces reçoit accidentellement le contact de l'air, et offre par conséquent, comme cela arrive souvent, des points de suppuration, on pourra encore, en rompant la membrane déjà formée, replacer ces portions de surfaces suppurantes dans des conditions d'adhésion immédiate, pourvu que l'inflammation consécutive ne soit pas trop considérable.

Mais les applications les plus fertiles, les plus directes des phénomènes des plaies sous-cutanées consisteront à ramener d'une part aux conditions de ces dernières les plaies par instruments tranchants, dont l'intérieur ne renfermera pas d'autres éléments capables de provoquer une inflammation suppurative, et dont l'ouverture pourra être immédiatement fermée; d'autre part, à faire sous la peau certaines opérations qu'on avait coutume de faire en divisant les téguments.

Parmi les premières applications, je citerai les plaies pénétrantes des grandes cavités : déjà une foule de chirurgiens, sans avoir pu se rendre compte du

(1) Serre, Traité pratique de la réunion immédiate, p. 61.
(2) Bichat, Anatomie générale, t. III, p. 118.
(3) Idem.

Digitized by Google

motif de leur détermination, et se laissant guider seulement par l'expérience empirique, avaient insisté sur les avantages de la réunion immédiate de ces plaies; si la raison que j'ai donnée à l'appui de leur pratique est fondée, cette pratique y trouvera de nouvelle garanties, et ceux-là que l'expérience empirique n'avait pu convaincre se laisseront amener à tenter les ressources de la réunion immédiate. Mais au lieu de parcourir le cadre analytique des plaies qu'il sera possible de ramener aux conditions des plaies sous-cutanées, je puis formuler toutes les applications en disant que partout où la réunion immédiate a pu être tentée et pourra être tentée avec l'espoir de satisfaire à la condition essentielle de son succès, on y aura recours. On sait que c'est là une des plus grandes questions qui divisent les chirurgiens de l'Europe, non pas qu'aucun conteste aujourd'hui les avantages de ce mode de guérison des plaies quand on peut l'obtenir; mais les opposants, toujours retranchés dans l'inconstance et l'incertitude du succès des tentatives, ont cru qu'il valait mieux braver immédiatement le danger que de s'exposer à le rencontrer plus tard dans des conditions moins favorables. Il est permis de croire que cette cause d'opposition disparaîtra d'elle-même du moment qu'on aura trouvé le moyen d'assurer la reussite de la réunion immédiate; or, cette condition, je crois l'avoir indiquée dans l'absence du contact de l'air.

Toutes les opérations qu'il sera possible de pratiquer sous la peau ne peuvent pas être indiquées immédiatement. L'expérience seule suggérera ces applications. On peut croire néanmoins que le débridement de certains engorgements inflammatoires, la division ou l'enlèvement de certaines tumeurs, l'ouverture de certains kystes ou de certains abcès trouveront dans ce mode opératoire sous-cutané le moyen d'éviter les accidents inflammatoires consécutifs. Enfin, comme une des plus importantes applications de ce principe, je citerai le débridement sous-cutané des hernies crurales et inguinales, et leur guérison radicale par l'occlusion adhésive de leur orifice. Si, comme certaines expériences sur les animaux m'ont donné lieu de l'espérer, cette application est possible avec les avantages qu'elle promet, elle pourrait à elle seule donner quelque importance aux faits que j'ai signalés dans ce mémoire.

Des faits et des considérations exposés dans ce mémoire, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les plaies sous-cutanées des tendons, des ligaments, des muscles, des aponévroses, des artères de petit calibre, des veines et des nerfs, de quelque étendue qu'elles soient, guérissent en s'organisant immédiatement, quoiqu'il y ait un espace considérable laissé entre les lèvres de la solution de continuité.

2° La condition essentielle de ce résultat est que l'intérieur de la plaie n'ait aucune communication avec l'air extérieur; et le moyen d'arriver à ce résultat est de pratiquer une très-petite ouverture à la peau, le plus loin possible du siège de la plaie interne et d'obtenir l'occlusion immédiate de cette ouverture avec un emplâtre collant.

3° Le mode d'action de l'air, à l'égard des plaies sous-cutanées, participe à la fois d'une action physique, chimique et vitale : physique, en favorisant, par les espaces libres qu'il laisse sous la peau au fur et à mesure de la résorption des parties épanchées, la continuité de la circulation; chimique, en n'altérant pas les principes de la composition du sang; vitale, en laissant à ce fluide sa consistance et les propriétés en vertu desquelles il vit, circule, nourrit et organise les tissus, et en laissant les extrémités des vaisseaux et des nerfs dans les conditions propres à l'exercice de leurs fonctions.

4° Le mécanisme de l'organisation des plaies sous-cutanées est le même que celui de la réunion adhésive, le même que celui de la cicatrisation des plaies qui suppurent. La condition essentielle de cette cicatrisation est la même dans les trois ordres de plaies : *la soustraction de leurs surfaces au contact de l'air; d'où la condition essentielle de la réunion par première intention des plaies, l'absence du contact de l'air, et l'indication pour l'obtenir, l'application hermétique de leurs surfaces et l'occlusion permanente de leurs bords.*

5° Les applications du phénomène de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées sont de ramener toutes les plaies, avec libre communication à l'air, aux conditions des plaies sous-cutanées, et de faire sous la peau les opérations qui ne réclament pas indispensablement la division de l'enveloppe cutanée; tels sont certains débridements d'engorgements inflammatoires, l'enlèvement de certaines tumeurs, les débridements des hernies et la guérison radicale de ces dernières, au moyen de l'occlusion adhésive de leur orifice.

GAZETTE MÉDICALE. — Avril 1840.

Nouveau procédé d'amputation tarso-tarsienne; par le docteur C. SÉDILLOT, mémoire présenté à l'Académie royale de médecine.

Les amputations partielles du pied pratiquées entre le tarse et le métatarse (tarso-métatarsienne), et

Digitized by Google

entre les os du tarse lui-même, dans l'interligne qui sépare le calcanéum et l'astragale, du cuboïde et du scaphoïde (tarso-tarsienne, ou médio-tarsienne, ou de Chopart), sont aujourd'hui adoptées comme une précieuse conquête de l'art, et les noms de M. Lisfranc, qui a rendu la première de ces opérations d'une exécution facile et prompte par la perfection du procédé qu'il a décrit, et de Chopart (1), qu'on considère comme l'inventeur de la seconde, sont honorablement liés à l'histoire des progrès de cette partie de la science.

Le baron Larrey, cependant, dont l'opinion est d'un si grand poids lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur d'une opération, parce que personne n'a eu plus de faits sous les yeux, condamne les amputations partielles du pied, à cause de leurs fréquents insuccès, et leur préfère l'amputation de la jambe, comme beaucoup plus sûre, et plus souvent suivie de guérison. Il affirme qu'on ne rencontre à l'Hôtel des Invalides aucun militaire ayant subi la désarticulation tarso-tarsienne, tandis qu'on en rencontre un si grand nombre dont la jambe de bois est devenue proverbiale.

Pour attribuer, comme le fait M. Larrey, ces différences à la non réussite des amputations partielles du pied, il faudrait pouvoir établir la proportion dans laquelle ces opérations ont été pratiquées ; car il est extrêmement probable que les chirurgiens militaires y recouraient autrefois rarement, n'ayant guère l'occasion de les exécuter que dans le cas de congélation, et les connaissant encore mal à l'époque de la campagne de Russie, où la possibilité de les multiplier s'offrit dans des circonstances si désastreuses.

Nous pouvons d'ailleurs opposer à l'opinion de M. Larrey celle de la plupart des chirurgiens les plus distingués de notre époque, et sans parler de Garengeot, de Percy, de Chopart, de Sabatier, etc., Dupuytren et MM. Lisfranc, Roux, Breschet, Velpeau, Blandin, etc., se sont déclarés partisans de ces amputations.

Nous bornant à étudier la désarticulation tarso-tarsienne, pour laquelle nous proposons un nouveau procédé opératoire, qui fait le sujet de ce mémoire, nous dirons que M. Roux y a eu recours onze fois, et qu'il n'a éprouvé que deux revers. J'ai vu une de ses opérées marcher parfaitement en se servant d'un bout de pied artificiel, simulé par la chaussure, et il eût été difficile de soupçonner la mutilation qu'elle avait si heureusement subie.

M. Breschet m'a dit avoir répété six fois la même opération, et avoir obtenu quatre guérisons.

M. Blandin n'a eu également qu'à s'en louer, et il a présenté il y a peu de temps à l'Académie une pièce anatomo-pathologique du plus haut intérêt, en ce qu'elle permettait de constater l'état du pied après guérison complète, et d'observer par quel mécanisme les tendons fléchisseurs, et principalement celui du jambier antérieur, pouvaient contre-balancer l'action du gastrocnémien par leur adhérence intime et solide à la tête de l'astragale et au centre de la cicatrice de la plaie.

M. Blandin, comparant entre elles l'amputation de Chopart et celle de M. Lisfranc, ou tarso-métatarsienne, s'est même prononcé en faveur de la première, qu'il a plusieurs fois exécutée.

J'ai vu encore une malade amputée dans l'articulation tarso-tarsienne, par M. Pinel-Grandchamp, dont la plaie était presque entièrement guérie le douzième jour de l'opération ; mais il est inutile d'accumuler de nouvelles preuves à l'appui d'une désarticulation dont les avantages nous paraissent évidents, puisqu'elle conserve une partie du pied et qu'elle préserve des dangers de la difformité, qui sont la conséquence presque inévitable de l'amputation de la jambe.

Le seul reproche réel qu'on lui ait adressé, est d'exposer au renversement du pied en arrière, par la contraction prédominante des muscles du mollet ; le fait est vrai, mais il est rare et a beaucoup moins d'importance depuis les succès de la ténotomie ; car il n'y a aucun doute que la section du tendon d'Achille remédierait à cet accident, comme elle remédie au pied-équin.

Je ne parlerai pas des suites fâcheuses qu'aurait l'opération, si elle était pratiquée pour une carie du pied dont les progrès auraient envahi l'astragale ou le calcanéum ; ce ne serait plus là une complication spéciale ; mais une indication commune à toutes les amputations, puisqu'il est de règle générale de les exécuter au-dessus des parties lésées.

Les avantages de l'amputation tarso-tarsienne nous semblent donc incontestables, et nous voyons, par le rapide aperçu qui précède, que cette opération n'est plus, pour ainsi dire, mise en discussion, et qu'on y a recours dans tous les cas où elle est suffisamment indiquée.

Il nous reste maintenant à examiner si les procédés, suivis aujourd'hui pour l'amputation tarso-tarsienne, sont aussi parfaits qu'on puisse le désirer, et nous essaierons de montrer que le nouveau pro-

---

(1) Bien que nous paraissions attribuer ici à Chopart l'invention de l'amputation médio-tarsienne, pour nous conformer à l'opinion commune, nous remarquerons néanmoins, comme plusieurs auteurs l'ont déjà fait, qu'on ne saurait justement doter Chopart de la priorité d'un procédé dont il ne parla qu'en 1787 ; tandis que Fabrice de Hilden, l'avait mentionné avant lui ; qu'Hecquet d'Abbeville le connaissait, puisqu'il montrait en 1746, à Winslow, un pied ainsi désarticulé, et que Lecat, en 1752, et Vigarous, en 1764, avaient chacun pratiqué cette opération.

Digitized by Google

cédé que nous allons exposer est supérieur à tous ceux qui ont été décrits jusqu'ici, puisqu'il donne une plaie plus petite, plus régulière, plus facile à maintenir réunie, et mieux disposée pour la cicatrisation, et si l'on ne voulait pas établir de comparaison entre des procédés qui ont toujours une valeur et une importance réelles, dans certains cas donnés, on nous accordera sans peine, je crois, que le nôtre mérite de prendre rang dans la science, et qu'il doit y trouver d'utiles applications.

Plusieurs fois déjà, j'ai soumis ce procédé au jugement de divers membres de l'Académie de médecine, et MM. Renoult et Espiaud, rapporteurs des sections de médecine opératoire et pathologie chirurgicale, voulurent bien s'en occuper (1836), lorsque je fus porté au nombre des candidats présentés par ces sections. Plus tard, j'en fis l'objet d'un mémoire dont M. Guerbois fut nommé rapporteur; mais à la mort de cet honorable académicien, mon manuscrit fut égaré, et cette circonstance explique pourquoi je le présente de nouveau (1839) à l'Académie.

Je rappellerai d'abord les procédés mis en usage jusqu'à ce jour, afin de faire ressortir plus clairement les différences qui existent entre eux et celui que je propose.

« Chopart procédait de la manière suivante : Deux incisions étaient faites parallèlement à la longueur du pied, l'une en dedans et l'autre en dehors, depuis les articulations du calcanéum avec le cuboïde, et de l'astragale avec le scaphoïde jusqu'à un pouce environ de ces parties. Réunies par une division transversale, ces deux incisions circonscrivaient un lambeau quadrilatère, qui était relevé jusqu'à sa base. Alors on coupait les tendons des extenseurs et du muscle pédieux, on ouvrait les articulations, et les traversant on terminait l'opération en taillant aux dépens de la face plantaire du pied un lambeau un peu plus grand que le premier. » (Sabatier, édit. de Sanson et Bégin, t. IV., p. 693.)

Les modifications apportées au procédé de Chopart par Bichat et MM. Richerand et Lisfranc consistent à ouvrir les faces latérales et dorsale de l'articulation par une incision semi-lunaire; on divise le ligament inter-osseux et l'on taille un grand lambeau plantaire (v., pl. I) proportionné à la plaie. (V. Coster, p. 146, 3e édit.)

M. Maingault a conseillé de commencer par le lambeau plantaire, et de terminer l'opération en traversant l'articulation de bas en haut, vers la face dorsale du pied : c'est le même résultat en définitive; mais les temps en sont intervertis.

Quelles ques soient les modifications apportées par MM. Richerand, Lisfranc et Maingault, à l'amputation de Chopart, les résultats en sont à peu près semblables, et encourent à nos yeux les mêmes reproches. On forme une plaie dont la hauteur totale est égale à celle des deux os, calcanéum et astragale, réunis, et dont la circonférence embrasse toute l'épaisseur du pied jusqu'à la face plantaire; le lambeau inférieur doit être conséquemment d'une très-grande longueur pour recouvrir la plaie; et M. Blandin a fait judicieusement remarquer qu'il fallait le continuer jusqu'auprès des articulations métatarso-phalangiennes, c'est-à-dire jusqu'au même point que le lambeau nécessaire à la désarticulation tarso-métatarsienne, et ce fait, facile à vérifier, ne comporte aucune objection, et a été reproduit par M. Velpeau : « L'épaisseur verticale des surfaces osseuses mises à découvert, dit cet auteur, est plus considérable qu'après la désarticulation métatarsienne, de sorte que le lambeau doit s'étendre en avant presqu'aussi loin qu'après cette dernière, bien qu'on l'ait commencé à près de deux pouces plus en arrière. » (*Méd. opér.*, t. IV, p. 493.)

Il faut donc que les téguments de la face plantaire du pied aient été conservés intacts dans leur presque totalité pour que l'amputation tarso tarsienne soit possible avec les procédés actuels, et l'on comprend que c'est une circonstance assez rare, et qui a probablement forcé à pratiquer souvent l'amputation de la jambe dans des cas où un procédé plus favorable aurait permis de sauver ce membre ainsi que la portion la plus importante du pied.

Il est vrai qu'on a vu les os du pied mis à nu devenir le siége d'une cicatrice de nouvelle formation à défaut des téguments précédemment détruits, coupés trop courts, ou enlevés par la gangrène; mais ce sont là des cas exceptionnels, et chacun sait quels accidents compliquent la saillie des os, c'est-à-dire leur dénudation, lorsque l'on se trouve dans l'impossibilité de les recouvrir de téguments à la suite des amputations, et rien ne serait moins rationnel que de considérer comme une ressource précieuse un résultat que l'on doit éviter à tout prix et qui expose aux plus graves dangers. On admettra donc qu'il y a avantage à connaître un procédé nouveau qui donne une plaie plus petite et facile à maintenir fermée, et qui permet de conserver au malade les usages du pied dans des cas où on eût été obligé d'amputer la jambe.

M. le baron Larrey, sans refuser au procédé que je vais décrire aucun des avantages précédents, m'a adressé une objection que je ne saurais laisser sans réponse. Cet illustre chirurgien élèverait volontiers une fin de non recevoir contre tous les procédés opératoires nouveaux, parce que, dit-il, les indications pathologiques sont les seules à suivre, et que la nature et la forme des lésions chirurgicales obligent le praticien à modifier ses procédés de mille manières, prenant les téguments et les chairs là où ils se trouvent, et n'ayant presque jamais l'occasion

Digitized by Google

de pratiquer des opérations régulières et telles qu'on les propose comme exemple.

L'opinion de M. le baron Larrey conduirait à confier toutes les opérations au génie de l'opérateur livré à ses seules inspirations, et privé par cela même des enseignements de la science. Mais est-il besoin de dire que le chirurgien qui possède les découvertes et les ressources de son art, et qui a répété toutes les opérations sur le cadavre pour se familiariser aux différents temps de leur manœuvre, et pour en comparer et en juger les résultats, devient nécessairement plus apte à les modifier, lorsque l'indication s'en présente, et qu'il le fait alors en pleine connaissance de cause et avec toute la certitude de l'expérience.

M. Larrey n'a-t-il pas, d'ailleurs, réfuté lui-même l'objection que j'ai rapportée, en publiant ses beaux procédés d'amputation pour les articulations scapulo-humérale et coxo-fémorale, et se fût-il donné la peine de les exposer avec tous les détails qu'elles comportent, s'il eût pensé que le premier chirurgien venu les exécuterait sur le champ et sans enseignement préalable dans le cas où elles seraient réclamées par la nature des lésions.

Nouveau procédé d'amputation tarso-tarsienne ; considérations anatomiques.

Je m'exposerais à des redites inutiles en rappelant les données d'anatomie chirurgicale qui sont dues à MM. Richerand, Dupuytren, Lisfranc, Blandin et Plichon, et qui permettent de constater exactement la situation, la forme et la direction de l'articulation des deux premiers os du tarse, calcanéum et astragale, avec les deux autres, cuboïde et scaphoïde (v. pl. II) de manière à ce que l'opérateur rencontre toujours l'article, l'entr'ouvre facilement, et le traverse avec rapidité. Je signalerai seulement une anomalie, que personne n'a encore, je crois, fait connaître (1), et qui causerait de grands obstacles à un chirurgien qui en ignorerait la possibilité. Elle consiste dans une articulation D du scaphoïde C avec le calcanéum A, en arrière du point où le scaphoïde se joint naturellement, par une petite surface, au cuboïde E. L'astragale B, dans le cas que j'ai observé, avait conservé ses rapports ordinaires avec les os en contact; mais son articulation scaphoïdienne était plus inclinée en dehors et postérieurement qu'elle ne l'est habituellement. Cette nouvelle articulation calcanéo scaphoïdienne avait deux à trois lignes de largeur et offrait une très-grande solidité.

On conçoit quel obstacle une semblable disposition opposerait au couteau du chirurgien : ce ne serait pas seulement le ligament interosseux ossifié, comme M. Plichon en a fait connaître plusieurs exemples, qui arrêterait l'opérateur, ce serait le calcanéum lui-même, sur lequel tomberait le tranchant de l'instrument, s'il avait été conduit entre l'astragale et le scaphoïde, ou ce dernier os, si le couteau avait pénétré entre le calcanéum et le cuboïde; il faudrait probablement recourir à la scie pour couper la difficulté, à moins qu'on n'en découvrît la cause et que l'on ne divisât la nouvelle jointure. L'importance de cette anomalie est, au reste, indépendante du procédé opératoire, et il nous suffit ici de la signaler. Une considération anatomique d'un ordre plus général, et à laquelle nous attachons beaucoup de valeur, parce qu'elle nous a suggéré l'idée de notre procédé, est relative à la direction et à l'étendue des surfaces articulaires antérieures du calcanéum et de l'astragale. Ces surfaces, en partie superposées, représentent, dans leur plus grand diamètre, une ligne oblique de haut en bas et de dedans en dehors (v. pl. I.), n'ayant pas, dans ce sens, plus d'un pouce environ de largeur. Je me suis donc demandé s'il n'y aurait pas avantage à donner à la plaie cette direction, qui la rendrait plus régulière ; car elle serait moulée, pour ainsi dire, sur le squelette même du membre. Dans les procédés habituellement employés, on n'a eu aucun égard à la position des surfaces articulaires, et on produit une plaie, qui s'étend, en hauteur et en largeur, jusqu'aux tangentes osseuses, puisqu'elle embrasse les trois quarts de la circonférence du pied et que les téguments de la face plantaire de ce membre sont seuls conservés dans leur presque totalité, pour être appliqués contre leur propre poids, de bas en haut et d'avant en arrière, sur le moignon.

En suivant, au contraire, le grand diamètre des os, il était évident qu'on n'a besoin pour les recouvrir que d'un lambeau égal à la largeur de leurs surfaces, et qu'il suffit, pour cet effet, de moitié moins de téguments. Tel est le but que je me suis proposé, et auquel je crois être parvenu par le procédé suivant.

Pied droit.—Le malade couché ou assis, la jambe fléchie sur la cuisse, je reconnais l'articulation d'après la position des maléoles, et des saillies du scaphoïde et de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, dont les distances à l'interligne articulaire sont suffisamment connues.

Embrassant alors de la main gauche la face dorsale du pied, au niveau de l'extrémité antérieure des os

(1) M. le professeur Cruveilhier paraît cependant l'avoir rencontrée, quoique la manière dont il en parle soit fort obscure. « Le calcanéum et le scaphoïde, dit-il, ne sont nulle part contigus ; mais on voit quelquefois le calcanéum se continuer avec le scaphoïde, par l'intermédiaire d'une lame osseuse, qui remplace le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur. » Anatomie descriptive, t. I, p. 485.

Digitized by Google

métatarsiens, j'en place le talon sur le bord d'une table, afin d'avoir un point d'appui convenable et résistant pour tendre les ligaments et éloigner l'une de l'autre les surfaces articulaires, dès que leurs liens fibreux seront divisés.

De la main droit, armée d'un petit couteau à amputation, je pratique une première incision A transversale, qui commence à quelques lignes en avant de l'articulation calcanéo-cuboïdienne (1), vient se terminer sur le milieu de la face dorsale du pied, et en dehors du tendon du muscle jambier antérieur. De ce point, je fais partir une seconde incision B, *oblique*, d'arrière en avant, et de dehors en dedans, qui contourne le côté interne du pied, à deux travers de doigt en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et est ramenée d'avant en arrière, de dedans en dehors, et de haut en bas, sur la face plantaire du pied, au point de départ de la première incision, à laquelle on la réunit. J'ai soin de diviser les téguments plantaires de la partie interne du pied obliquement en biseau, de bas en haut et d'avant en arrière, de manière à le dégager, le plus possible, du tissu cellulo-graisseux, dont ils sont doublés, et qui pouvait peut être faire obstacle à la réunion.

Je dissèque le lambeau interne B jusqu'au tubercule du scaphoïde, sur lequel je me guide pour ouvrir l'articulation médio-tarsienne, couper le ligament interosseux, glisser le couteau entre les surfaces osseuses et terminer l'opération en coupant les chairs profondes au niveau de l'incision plantaire.

Pied gauche. — Lorsqu'on ampute le pied gauche, on peut, après avoir incisé la peau, comme nous l'avons dit, commencer par ouvrir la jointure calcanéo-cuboïdienne, porter la pointe du couteau sur le ligament interosseux; séparer le scaphoïde de l'astragale, et, engageant l'instrument à plein tranchant entre le calcanéum et le cuboïde, puis entre le calcanéum et le scaphoïde, achever la section des parties molles jusqu'au bord interne du pied, point où l'on contourne avec précaution la saillie du scaphoïde, pour ramener l'instrument entre elle et les téguments, raser le premier cunéiforme et la moitié postérieure du premier métatarsien, et détacher ainsi le lambeau interne qui leur correspond.

Il faut laisser une certaine longueur aux tendons des muscles fléchisseurs et à celui du jambier antérieur afin qu'ils puissent contracter des adhérences avec la cicatrice et la tête de l'astragale, et prévenir le renversement du pied en arrière, comme M. Blandin l'a démontré.

Bien que j'aie, comme on le voit, indiqué deux manières un peu différentes de pratiquer ce nouveau procédé d'amputation, je préfère la première (*pied droit*) comme plus facile et plus sûre. Dans les deux cas, la plaie est petite, très-irrégulière, et offre une grande analogie dans sa forme avec celles que donne la méthode ovalaire de M. Scoutteten; et ce chirurgien, auquel j'ai montré mon procédé, l'a trouvé un des plus beaux auxquels on soit arrivé.

Un rapide coup-d'œil sur le procédé que nous venons de décrire, et sur celui de Chopart, plus ou moins modifié par les habiles chirurgiens déjà cités, nous permettra de comparer les deux opérations et de faire mieux ressortir tous les avantages de notre manière d'agir. Quels que soient les perfectionnements apportés à l'opération de Chopart, que l'on forme deux lambeaux, l'un dorsal, l'autre plantaire, ou un seul inférieur, comme les chirurgiens de nos jours l'ont généralement adopté, on produit toujours une plaie semi-circulaire, dont le plus grand diamètre est opposé à celui de l'astragale et du calcanéum réunis.

Il en résulte, quel que soit le soin avec lequel on ménage les téguments, que le lambeau dorsal se prolonge inférieurement assez loin de chaque côté pour que le chirurgien puisse attaquer l'articulation calcanéo-cuboïdienne au niveau de la face plantaire. Aussi chez tous les malades que j'ai eu l'occasion de voir après la guérison de l'amputation de Chopart, la cicatrice était demi-circulaire et représentait les trois quarts ou les deux tiers au moins de la circonférence du pied (v. pl. VI).

Dans notre procédé, au contraire, la plaie correspondant au plus grand diamètre articulaire est seulement étendue depuis le côté externe du pied jusqu'au milieu de sa face dorsale (v. pl. V), et, bien qu'elle occupe moins du tiers de la circonférence totale du pied, elle égale cependant la hauteur des articulations calcanéo cuboïdienne et astragalo-scaphoïdienne, car une de ses extrémités touche au bord antérieur inférieur et externe du calcanéum et l'autre au sommet de la tête de l'astragale. C'est donc sur cette incision que doit se mouler plus tard la cicatrice, et la peau de la moitié externe et supérieure du pied se trouve seule opposée au grand lambeau interne, comprenant les faces inférieure, interne, et une partie de la face dorsale du membre. La cicatrice sera nécessairement linéaire et très-petite, et il est très-facile d'en avoir la preuve en répétant l'opération sur le cadavre et mettant ensuite les bords de la plaie en contact, fait qui à lui seul assurerait une supériorité marquée au procédé que nous exposons.

Un autre avantage, que nous avons déjà fait pres-

(1) Il est toujours facile de s'assurer de la situation de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, en prenant pour point de repaire la saillie de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, qui est de quatre à six lignes au-devant de l'articulation cherchée.

Digitized by Google

sentir, est la moindre quantité de téguments qu'exige notre amputation médio-tarsienne. Il nous suffit, en effet, d'un pouce environ de peau, conservée au côté interne du pied et au-devant du scaphoïde, pour recouvrir les os, et dès lors la conservation du pied devient possible dans des cas où il eût fallu autrement condamner les malades à perdre la jambe. La facilité de couper plus antérieurement le tendon du muscle jambier antérieur et les tendons extenseurs du premier et du second orteils est une condition favorable pour prévenir le renversement du pied en arrière. La plaie, dirigée dans le sens des surfaces articulaires, est bien soutenue et d'autant mieux disposée à rester réunie que le lambeau interne qui la recouvre est formé de téguments peu épais, bien que suffisamment vasculaires. Enfin nous admettons que la guérison, favorisée par les conditions précédentes, serait plus rapide et qu'on aurait moins à redouter le développement d'accidents sérieux.

GAZ. MÉDICALE. — Avril 1840.

Ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure; résection de cet os; par M. LISFRANC.

Nous allons opérer un malade couché dans la salle Saint-Antoine à la Pitié; mais auparavant, je crois utile de vous rappeler l'historique de l'affection carcinomateuse dont il est atteint.

Au mois de novembre dernier, cet homme subit une première résection de la mâchoire pour un osteo-sarcome étendu depuis l'alvéole de la dernière dent incisive droite, jusqu'à la partie inférieure de la branche de l'os du même côté. La guérison, comme cela arrive presque toujours pour les grandes plaies de la face, fut promptement obtenue; toutefois, désirant savoir si la cure se maintiendrait, nous conservâmes notre opéré dans l'hôpital jusqu'au 22 janvier suivant. A cette époque, il quitta notre service; rien ne semblait présager alors ce qui est arrivé depuis.

Dans les premiers jours du mois de février dernier, des douleurs développées dans la moitié gauche du corps de l'os maxillaire, signalèrent l'invasion d'une récidive qui a marché avec une rapidité extrême; actuellement on observe une tumeur carcinomateuse du volume du poing, s'étendant depuis le bout du moignon jusqu'au niveau de la dernière dent molaire gauche. La masse cancéreuse qui enveloppe et masque l'os de toutes parts est formée par le tissu des gencives, et par le parenchyme osseux lui-même; elle plonge dans la cavité buccale, dont le plancher un peu à droite, mais surtout à gauche, se trouve en grande partie effacé. Le relief extérieur de la tumeur est assez considérable; la peau est saine, chaude et un peu injectée seulement en quelques points.

Cette récidive est-elle de mauvais augure pour les suites de l'opération que nous nous proposons de faire? Une nouvelle récidive aura-t-elle lieu nécessairement? On peut répondre par la négative.

L'observation apprend, en effet, que certains cancers qui avaient repullulé cinq ou six fois ont fini par ne plus se reproduire, et être radicalement guéris par une dernière extirpation. Sans doute, les partisans du virus cancéreux auront peine à admettre ces faits qui contrarient singulièrement leurs idées; pour moi, je ne crois pas à la virulence du cancer : les expériences faites, il y a vingt-cinq ans, par Alibert et Dupuytren, ont prouvé que, de quelque manière que l'on y procédât, l'inoculation du pus cancéreux ne donnait jamais naissance à un produit de nature identique. S'il me fallait à cet égard formuler une opinion, je dirais que le cancer est un produit accidentel souvent développé sans cause connue, mais souvent aussi reconnaissant pour principe générateur une inflammation. En outre, l'expérience a démontré jusqu'à l'évidence que, dans un assez grand nombre de circonstances, le cancer offrait dans son invasion et son accroissement une certaine analogie avec les tubercules. Souvent, en effet, à la suite de l'amputation d'un sein carcinomateux, il arrive que plus ou moins longtemps après la guérison, une ou plusieurs indurations bien circonscrites se forment dans l'épaisseur des tissus recouverts par la cicatrice : on a vu l'ablation de ces tumeurs squirrheuses être suivie de la guérison, et aucun accident ultérieur n'est venu la compromettre. Nous pourrions, en ville, montrer plusieurs femmes chez lesquelles ce fait existe. N'est-il pas probable que ces tumeurs, point de départ de la repullulation du carcinome, préexistaient à l'opération dirigée contre celui-ci; mais que l'exiguité de leur volume, l'état en quelque sorte élémentaire où elles se trouvaient alors, n'a pas permis à l'opérateur de les apercevoir dans la profondeur des tissus où elles étaient enfouies. Ceci devient plus admissible, si on se rappelle qu'autour d'une mamelle cancéreuse on rencontre quelquefois un nombre infini de granulations squirrheuses infiltrées en quelque sorte dans l'épaisseur des muscles pectoraux, et groupés sous forme de chapelet dans les anfractuosités sous-claviculaire et acromio-axillaire. Ce sont ces granulations qui portent en elles le germe de la récidive du cancer, qu'elles constituent en quelque sorte à l'état cru.

Dans le cas où un seul de ces tubercules cancéreux dont je parlais plus haut, a pu être enlevé sans qu'il se soit reproduit, on est, ce me semble, fondé

Digitized by Google

à penser qu'il formait une individualité morbide parfaitement isolée, et que derrière lui ne se cachait aucune de ces granulations, source infaillible de récidive. Cela étant, pourquoi cette dernière ne cesserait-elle pas de se manifester, si l'on était assez heureux pour avoir épuisé la source d'où elle émane, en extirpant dès la première fois tous les tubercules granulés quelque petits qu'ils soient.

En vous donnant, pour interpréter la récidive du cancer, cette explication, à laquelle je n'attache qu'une importance toute relative, je ne dois pas vous laisser ignorer que dans l'histoire du carcinome, cette question est encore peu avancée. Cela tient à l'impossibilité où se trouvent les chirurgiens de surveiller les malades qu'ils opèrent au delà du temps nécessaire à la guérison. De nouveaux faits remplacent ceux qui viennent de s'accomplir, et la trace de ces derniers est bientôt insaisissable, soit que les malades succombent emportés par une récidive, soit qu'ils aillent implorer les secours de l'art dans un autre lieu que celui où ils sont venus une première fois.

Mais passons à l'examen d'un autre point important dans l'histoire des résections de la mâchoire.

Avant de faire l'amputation de l'os maxillaire, convient-il de lier l'artère carotide primitive ou d'embrasser ce vaisseau par une ligature d'attente, le cas échéant où il serait lésé pendant l'opération. Cette précaution a été tour à tour défendue et rejetée d'une manière exclusive. C'est de part et d'autre une exagération dangereuse. Il faut ici établir une distinction importante :

Si les artères carotides ne sont pas recouvertes par des tissus indurés que le chirurgien doit enlever, si leur direction est bien appréciable et si leurs rapports sont normaux, il est inutile de faire la ligature de ces vaisseaux, car ce serait sans aucun avantage imposer au malade deux opérations au lieu d'une ;

Si au contraire les vaisseaux carotidiens étaient enveloppés par des indurations qu'il fallût nécessairement extirper, la ligature préalable serait indiquée; ne pas la faire alors serait se priver d'une ressource propre à conjurer un danger pressant, tel que celui qui résulterait d'une abondante hémorrhagie, ce vaisseau pouvant être ouvert.

C'est sur ce principe que nous avons constamment réglé notre conduite, et dans le grand nombre de résections et de désarticulations de la mâchoire que nous avons pratiquées, nous n'avons jamais eu d'accident de ce genre à déplorer.

Vous vous rappelez que vers la fin de l'année dernière j'ai désarticulé la moitié de l'os maxillaire inférieur chez une femme qui portait une tumeur de cet os du volume d'une tête d'enfant ; cette tumeur s'étendait depuis l'os de la pommette jusqu'à l'union du tiers supérieur du cou avec le tiers moyen ; elle occupait d'autre part tout l'espace compris entre la première dent molaire droite et une ligne environ au-devant de l'apophyse mastoïde du temporal et des apophyses transverses des premières vertèbres cervicales. La partie supérieure de l'artère carotide primitive, les artères qui naissent de ce tronc principal étaient couvertes par la tumeur qui plongeait jusque sur le pharynx; cet organe était refoulé en arrière; les trois quarts du diamètre transverse du plancher de la bouche étaient envahis par la tumeur; la langue se trouvait déjetée en arrière et à droite. En portant le doigt dans le pharynx, la membrane muqueuse, dans les points où celui-ci était en contact avec la tumeur, paraissait au toucher plus molle et comme tomenteuse. Le muscle sterno-mastoïdien était dévié de sa direction, soulevé et attiré par la tumeur sur laquelle il faisait un relief saillant. En présence d'une aussi grave affection, je ne fis pas la ligature de la carotide primitive, et cependant je parvins sans aucun accident hémorrhagique formidable à enlever cette énorme production morbide et à désarticuler le condyle de l'os maxillaire.

Après s'être livré à ces quelques considérations générales, M. Lisfranc procède à l'opération dont il signale lui-même les circonstances les plus importantes.

Il existait, dit le professeur, au bout du moignon un tissu de cicatrice résultant de la première opération, tissu dur, comme fibreux, dont la présence, en envisageant les dispositions normales des parties, suscita certaines difficultés qui n'existent pas habituellement. Il importait en effet de s'assurer si ces indurations étaient bien constituées par des inodules ou par le cancer lui-même; car on peut laisser sur les lambeaux des tissus de cicatrice, tandis qu'il est urgent d'amincir ces lambeaux et d'emporter tout ce qui paraît suspect.

La question était impossible à résoudre avant d'avoir largement incisé, et renversé la peau en dehors. Aussi nous nous décidâmes à diviser la lèvre inférieure dans toute sa hauteur, en partant de la commissure gauche; dans cette section fut compris le tissu induré sur la nature duquel nous avions quelques doutes ; l'incision fut ensuite continuée le long de la base de la mâchoire et un demi-pouce en arrière de cette base; le cancer plongeant à cette profondeur dans la région sus-hyoïdienne, elle se termina au-dessus de l'os maxillaire.

Le lambeau circonscrit par cette incision fut disséqué péniblement en avant où les indurations existaient, plus facilement dans le reste de son étendue, et on le maintint renversé sur la pommette et l'orbite.

Je détachai les parties qui s'insèrent à la surface interne de l'os, en ayant soin d'enlever dans une

assez grande étendue la muqueuse buccale singulièrement hypertrophiée et indurée.

Pour faciliter cette division du plancher de la bouche, je renversai en dehors la tumeur, me servant de la mâchoire comme d'un bras de levier. Durant ce temps de l'opération, il faut agir avec prudence et lenteur; si on imprimait un mouvement brusque et forcé à la mâchoire, on s'exposerait presque infailliblement à luxer le condyle; de plus en renversant l'os maxillaire on attire en dehors et en avant les tissus qui s'y insèrent et tous les organes qui ont avec lui des connexions importantes; or le pharynx est dans ce cas: aussi le voit-on se porter en avant et former une cavité profonde dans laquelle le chirurgien pourrait imprudemment engager son bistouri s'il n'était pas prévenu; on évitera cet accident en rasant très-exactement la surface de l'os, et en disséquant avec lenteur; je conseille de porter deux doigts dans la cavité du pharynx: avec ces doigts on tend sa paroi en rapport avec la tumeur, et de l'autre main on dissèque sur ces mêmes doigts qui indiquent au chirurgien le degré d'épaisseur des tissus interposés entre eux et l'instrument tranchant.

Les inconvénients qui peuvent résulter du déplacement du pharynx en avant étant une fois signalés, disons qu'il a aussi quelque avantage: cet organe en effet est plus accessible à la dissection, qui autrement s'opérerait avec difficulté et péril dans l'excavation profonde où il faudrait aller le chercher s'il conservait sa situation et ses rapports normaux.

J'ai remarqué une autre disposition que j'attribue à la première opération: c'est l'absence de tout écoulement sanguin au moment où furent coupés les tissus sublinguaux; ordinairement il y a sous la langue un bouquet d'artérioles qui donne lieu à une hémorrhagie en nappe; cette fois, rien de semblable n'eut lieu. Je m'explique ce fait par les ligatures et torsions artérielles faites lors de la première résection.

Avant de scier l'os sur l'alvéole de la dernière dent molaire préalablement arrachée, je fis saisir la langue avec une forte érigne; on évita ainsi sa rétraction sur le pharynx, et l'asphyxie qui peut en résulter.

Avant de rapprocher les lambeaux, j'attendis une demi-heure. C'est une précaution qu'il ne faut pas négliger, car souvent le spasme nerveux auquel le malade est en proie suspend une hémorrhagie qui se reproduit plus tard, après le pansement, quand ce spasme a cessé; les inconvénients de cette hémorrhagie consécutive sont trop évidents pour qu'il faille plus longtemps insister sur ce point.

Quant à la langue, elle doit-être maintenue en avant à l'aide d'un fil passé dans son épaisseur. Mais où fixera-t-on ce fil? sur le lambeau? pour cela il faut pratiquer un point de suture: or, en se contractant, la langue exercera sur les tissus que ce point de suture embrasse un effort capable de les enflammer et à la longue de les couper.

Si on fixe ce fil hors de la bouche sur la poitrine, en pressant sur le bord de la lèvre artificielle, il abaissera le lambeau qui, venant à contracter des adhérences dans une position trop déclive, produira une déformation de la bouche.

Le fixe-t-on sur le bonnet du malade? alors la langue est élevée, avec elle les tissus qui doivent servir de base à la cicatrice, et la bouche se trouve trop rétrécie.

On doit fixer le fil sur le côté de la face: ainsi la langue conservant sa position horizontale ne modifie la situation relative des lambeaux et des parties profondes dans aucun sens défavorable à la régularité de la cicatrisation; avant de faire les sutures nous avons étalé le lambeau pour bien constater la nature des indurations que nous savions exister sur la portion antérieure; c'est un soin qu'il ne faut jamais omettre après l'ablation d'une tumeur quelconque. Ainsi chez notre opéré, nous trouvâmes dans l'épaisseur de la peau un engorgement squirrheux de la largeur d'une pièce de cinq francs, que nous enlevâmes à l'aide d'une dissection attentive. Nous avons employé ensuite la suture *entortillée* pour faire la réunion.

Aujourd'hui, deuxième jour de l'opération, le malade est dans un état on ne peut plus satisfaisant: il prendra des bouillons. Nous espérons que cet homme guérira promptement s'il a le bonheur d'échapper à l'influence épidémique qui en ce moment développe tant d'érysipèles dans les hôpitaux. C'est cette même influence qui nous a fait différer l'opération à laquelle nous ne nous sommes décidé qu'en raison des progrès rapides que faisait le cancer, et sur les vives instances du malade, qui menaçait de se suicider si on ne le délivrait de sa cruelle affection.

Je ne parle pas de la récidive: c'est là un accident qui peut déjouer tous les efforts les mieux combinés de la chirurgie.

GAZETTE DES HÔPITAUX.—Avril 1840.

Mémoire sur les inflammations, ulcérations et fistules de l'urètre, produites et entretenues par le séjour des sondes dans ce canal; par le docteur MERCIER.

Les faits que je vais exposer ne sont pas entièrement nouveaux dans la science; cependant, si j'en juge par ce que j'ai vu et par ce qu'on trouve dans beaucoup d'ouvrages qui font à juste titre autorité,

Digitized by Google

ils le seront pour beaucoup de chirurgiens. D'ailleurs, si le fait lui-même a déjà été signalé, il n'en est pas de même d'un grand nombre de circonstances accessoires qui en font cependant toute l'importance. La preuve, par exemple, que la cause des accidents dont il s'agit n'est que très-imparfaitement connue, c'est qu'on voit tous les jours employer, pour y remédier, les moyens qui leurs ont donné naissance, et qu'ainsi, au lieu de guérir le mal, on le perpétue, on l'augmente. On ne doit rien dédaigner en médecine, parce que toute découverte marque un progrès, et qu'on ne pourrait répondre que ce qui est stérile aujourd'hui ne produira rien demain. Toutefois, on m'accordera qu'un fait, quelque minime qu'il soit, dès qu'il touche directement à la pratique et au traitement des maladies, acquiert par cela même beaucoup d'importance. C'est ce qui m'a engagé à publier ce travail.

De toutes les méthodes applicables au traitement des rétrécissements de l'urètre, la *dilatation* est celle qu'on doit préférer dans la grande majorité des cas. Les autres méthodes ne réussissent qu'avec elle et par elle : elles présentent même cela de particulier, qu'en général elles sont d'autant plus funestes que le chirurgien a mieux réussi dans leur application. Je m'explique et prends pour exemple la *cautérisation*. Je dis que si la cautérisation produit une véritable perte de substance, le rétrécissement n'aura que plus de tendance à revenir, et souvent plus étendu, plus dur, plus rebelle qu'auparavant. L'expérience a déjà parlé et prouvé que cela était. Moi, j'invoquerai plus tard un autre ordre de preuves auquel on ne me paraît pas encore avoir songé, et je démontrerai, si je ne m'abuse, que cela doit nécessairement être. Eh quoi! tous les jours vous *cautérisez* les bords d'une fistule pour la rétrécir, et vous cautérisez un rétrécissement pour le dilater! Je sais bien que la *cautérisation*, que l'*incision* ont procuré quelques succès qu'on n'aurait pu obtenir de la dilatation seule; mais cela ne prouve qu'une chose, c'est que toutes les méthodes sont bonnes pourvu qu'on sache les appliquer. C'est donc le *quand* et le *comment* qu'il s'agit d'établir; mais ce qu'il m'importe actuellement, c'est de poser en principe que la dilatation doit presque toujours être préférée, et je reviens à mon sujet.

L'accident dont je vais m'occuper ne résulte que de l'un des procédés de dilatation, celui qui consiste à placer une sonde dans l'urètre, à la changer tous les six ou huit jours avec la précaution de la remplacer par un numéro plus élevé, jusqu'à ce qu'on ait rendu au canal son calibre ordinaire, ce qui exige un mois, six semaines et souvent plus; mais cet accident est très-fréquent, parce que ce procédé est encore mis en usage par beaucoup de praticiens, et que, d'ailleurs, il est le seul qu'on emploie dans les cas de rétention d'urine par hypertrophie de la prostate qu'on qualifie assez ordinairement de *paralysie de la vessie*.

L'urètre de l'homme, comme on le sait, a plusieurs courbures : d'abord il descend du col de la vessie vers les parties superficielles du périnée; puis il se dirige en avant et un peu en haut, sous la symphyse pubienne au-devant de laquelle il adhère au moyen du *ligament triangulaire* ou *suspenseur de la verge*. De là il descend de nouveau presque verticalement en vertu de son propre poids. On a donc eu quelque raison de le comparer à un S, dont la première concavité regarderait en avant et en haut, et la seconde en arrière et en bas; celle-ci se trouve à environ un demi-pouce en arrière de la racine antérieure du scrotum, de sorte qu'elle est recouverte par celui-ci, et correspond aux adhérences celluleuses qui unissent les deux lames de la cloison des dartos.

Ces courbures peuvent-elles s'effacer? On l'a dit et on le répète chaque jour; mais c'est une erreur si palpable que je ne la conçois pas. En vain on abaisserait le pénis, comme l'indique Santarelli et comme le croient encore beaucoup d'auteurs plus récents, le ligament suspenseur, comme tous les tissus fibreux, ne jouit que d'une extensibilité très-faible; en vain on chercherait à l'abaisser en relâchant la paroi antérieure de l'abdomen, comme le conseille un auteur dont le nom m'a échappé, la symphyse du pubis ne peut pas se mouvoir isolément, le bassin ne forme qu'un tout, et c'est lui qui fixe les rapports et la direction de l'urètre. Une fois admis que la première courbure ne peut s'effacer, il doit en être nécessairement de même quant à la seconde. Mais, me dira-t-on, une sonde droite peut pénétrer jusque dans la vessie. C'est vrai; mais voici comment cela se fait : l'instrument commence par déprimer fortement la paroi inférieure du canal, au niveau du ligament suspenseur, et ce n'est que par rapport à elle qu'on peut dire avec quelque vérité que l'angle s'efface; puis il presse contre la paroi supérieure, au moment où il passe sous la symphyse pubienne, sans changer sensiblement la position du bulbe, qui est maintenu par l'aponévrose moyenne du périnée et par l'extrémité antérieure du sphincter de l'anus, qui s'y insère en partie. Enfin, arrivée dans la portion membraneuse, la sonde déprime de nouveau la paroi inférieure devenue postérieure. Ainsi, une sonde droite qui traverse l'urètre presse alternativement sur trois points différents, 1° sur la paroi inférieure, au niveau du ligament suspenseur; 2° sur la paroi supérieure, sous la symphyse du pubis; 3° sur la paroi inférieure, dans les portions membraneuse et prostatique, et surtout au col de la vessie.

Je commence par étudier les effets de cette pres-

Digitized by Google

sion au niveau du ligament suspenseur. Comme celle qu'y produit une sonde droite et rigide est très-considérable, on conçoit que l'inflammation et la gangrène ne tarderaient pas à s'ensuivre si cette pression se prolongeait. On verra plus bas (obs. XV) une observation ou des accidents de ce genre se manifestèrent après *trois jours* de présence d'une sonde métallique dans l'urètre, et encore cette sonde était courbe et n'avait par conséquent pas besoin de déprimer la paroi inférieure de ce canal aussi fortement que l'aurait fait une sonde droite. J.-L. Petit connaissait cet accident, et il en rapporte plusieurs exemples. C'est même pour l'éviter qu'il imagina sa sonde en S. Boyer cite un cas de ce genre sans dire pourquoi la pression était plus grande en ce point qu'ailleurs. M. Begin dit qu'à la suite du sejour prolongé des sondes métalliques dans l'urètre, les parois de ce canal ont été quelquefois frappées de gangrène. Comment se fait-il que ces deux derniers n'aient pas vu les sondes flexibles produire le même résultat? C'est pourtant un accident bien fréquent.

Obs. I. — Un vieillard de soixante-dix ans entra le 20 mai 1836 à l'Hôtel-Dieu, salle Ste.-Marthe, pour y être traité d'une rétention d'urine produite par une maladie de la prostate. La sonde franchit toute la portion spongieuse de l'urètre sans la moindre difficulté, et ce n'est qu'au delà du bulbe qu'on rencontra des obstacles sérieux. Enfin on parvint dans la vessie, et on laissa une sonde élastique à demeure; dans les premiers jours de juin, il survint de la tuméfaction vers la racine antérieure du scrotum; le 5 ou le 6, on y fit une incision, et il en sortit une grande quantité de pus et d'urine; on sentait la sonde à travers cette ouverture. Le malade tomba dans l'assoupissement; sa langue devint sèche, rouge, rugueuse, et sa mort survint le 10. A l'autopsie, la paroi inférieure de l'urètre présente, au niveau du ligament suspenseur de la verge, une ulcération ayant environ trois lignes de large sur trois pouces de long; intéressant toute l'épaisseur de la paroi urétrale, et conduisant dans un énorme abcès qui a disséqué la cloison des dartos; le feuillet gauche de celle-ci est même détruit, de sorte que le testicule est à nu; il est très-rouge au niveau de cette dénudation; toutes les parties environnantes sont le siége d'une vive inflammation.

Ainsi ce fut dans l'espace de quinze jours que se sont produits ces graves désordres.

Obs. II. — Dans la sixième observation de mon *Mémoire sur les perforations spontanées de la vessie*, il est question d'un vieillard âgé de quatre-vingt-deux ans, également affecté d'une maladie de la prostate, et qui n'eut une sonde de gomme élastique à demeure que tout au plus *pendant six jours*. Nous trouvâmes que presque toute la muqueuse de la paroi inférieure de l'urètre était ulcérée: il n'y en avait que çà et là quelques portions très-petites qui fussent conservées; celle de la partie membraneuse n'avait pas été épargnée; celle de la portion prostatique l'était un peu plus. Au niveau du ligament suspenseur, l'ulcération envahissait toute l'épaisseur de la paroi inférieure de l'urètre.

Au reste, qu'on parcoure le mémoire que je viens de citer, et l'on verra, par les neuf observations qui, sous ce rapport, s'y trouvent rassemblées par hasard, combien sont fréquentes les lésions qui font le sujet de ce travail.

Obs. III. — Dans la première, la sonde était restée pendant dix-huit jours dans l'urètre, et nous trouvâmes qu'au niveau du ligament suspenseur, la paroi inférieure du canal présentait une rougeur très-vive de la muqueuse, ayant quinze lignes de longueur, et terminée en arrière par une ulcération commençante.

Obs. IV. — Dans la deuxième observation, le malade était affecté d'un rétrécissement, dans la région bulbeuse que pendant longtemps on ne put franchir; malgré cela, on laissait de temps en temps une bougie dans le canal. Enfin on parvint à introduire une sonde élastique très-fine qu'on laissa à demeure; mais une mort imprévue emporta le malade au bout de neuf jours, et l'urètre au niveau du ligament suspenseur offrit une érosion de la muqueuse large d'une ligne et longue d'un pouce.

Obs. V. — Le sixième fait consigné dans le mémoire en question a été rapporté plus haut (Obs. II). Dans le septième, une sonde fut laissée à demeure pendant douze jours, et on trouva après la mort une ulcération longue de treize lignes à la paroi inférieure de l'urètre dans le même lieu que les précédentes.

Obs. VI. — Chez le sujet de la huitième observation, je mis une première fois une sonde à demeure, mais je ne la lui laissai que deux jours, à cause des douleurs intolérables qu'il ressentait malgré le petit volume de l'instrument. Il resta ainsi pendant quelque temps, obligé de se faire sonder toutes les fois qu'il en avait besoin; mais comme ce besoin était devenu continuel, je remis de nouveau la sonde. Il y avait six jours qu'il la portait, lorsqu'on s'aperçut que la bourse gauche était-très tuméfiée, tendue et rouge; on crut à une orchite et on ôta l'instrument. Nous avons trouvé à l'autopsie que la paroi inférieure de l'urètre présentait, au niveau du ligament suspenseur, une ulcération longue de huit lignes, large de deux, et intéressant toute l'épaisseur de cette paroi; les deux testicules étaient sains; mais la tunique vaginale gauche offrait çà et là, et surtout dans le cul-de-sac qu'elle forme en se réfléchissant du testicule sur le scrotum, un pointillé rouge assez foncé, et, bien que sa continuité fût tout à fait intacte, elle était remplie de sang noir et grumeleux.

Digitized by Google

C'était ce sang qui avait simulé, pendant la vie, une orchite ou une inflammation des tuniques scrotales.

Obs. VII.—Enfin le neuvième sujet nous présenta les traces d'une ancienne ulcération de ce genre, cicatrisée ; au niveau du ligament suspenseur existait, sur la paroi inférieure de l'urètre, une plaque blanchâtre, ovalaire, ayant au moins quinze lignes d'avant en arrière, et près de trois d'un côté à l'autre. Elle était formée par du tissu blanc, comme fibreux, se continuant, mais avec une différence bien tranchée de couleur et de consistance, avec la muqueuse. Elle était bien lisse ; le centre, d'un blanc *plus* mat que le reste, correspondait à une cicatrice qu'on voyait encore au-devant du scrotum.

En résumé, sur neuf observations qui, sous ce rapport, se trouvent comme je l'ai déjà dit, rassemblées par hasard, l'ulcération de l'urètre par la sonde à différents degrés ne manque que dans trois ; et de ces trois sujets, deux n'avaient jamais eu de sonde à demeure, et j'ai oublié de décrire l'état de ce canal chez le troisième.

Je sais qu'un pareil rapport est difficile à concevoir quand on réfléchit au silence des auteurs sur ce point, quand on réfléchit que cet accident redoutable du procédé de dilatation le plus généralement employé est à peine mentionné parmi les reproches, quelquefois futiles, que les adversaires acharnés de cette méthode lui ont si souvent adressés. C'est qu'en général on aime mieux, on trouve plus facile de se livrer à de stériles spéculations, ou à des inventions d'instruments sans motifs et sans résultats, que de se livrer à l'observation de la nature, et aux recherches pénibles, et quelquefois dégoûtantes, qu'elle nécessite. Les faits dont il s'agit sont si fréquents qu'il est certainement peu de médecins qui *n'en aient vu* ; mais, pour comprendre un fait, il ne suffit pas ordinairement de le voir une fois ou deux à de rares intervalles, il faut le voir souvent et le méditer ; il faut aussi le voir à des degrés différents, pour bien comprendre sa marche ; car, quand on ne le remarque qu'à sa période extrême, et qu'on veut expliquer son origine, on court souvent risque de substituer ce qui aurait pu être à ce qui a été. C'est ainsi que Desault, qui rapporte deux observations d'infiltration urineuse *dans le scrotum*, pendant le séjour des sondes dans l'urètre, suppose que des duretés extérieures au canal se sont ramollies, abcédées sous l'influence des sondes, et, comme l'infiltration s'est faite en peu d'heures, il pense qu'elle a succédé à l'ouverture de ces abcès dans le canal tandis qu'il est très-probable, d'après les faits que je rapporte, que les duretés extérieures à l'urètre n'étaient que l'effet de la phlogose ulcérative de ce canal, et que quand l'ulcération fut complète, l'infiltration urineuse se fit immédiatement. J'ai vu un cas de ce genre, où j'eus tout lieu de me féliciter du hasard qui voulut que l'infiltration urineuse se fit dans la nuit même qui précéda le jour où je devais entreprendre le traitement.

Ducamp, qui rapporte les deux observations de Desault, pense aussi que ces abcès se sont formés à l'extérieur de l'urètre, puisqu'il donne le précepte de les ouvrir de bonne heure, de crainte qu'ils ne se fassent jour dans ce conduit. Toutefois, il pense que la présence continuelle des sondes peut donner lieu à des ulcérations quelquefois complètes ; mais il ne dit pas l'avoir vu, et ne donne pas de détails plus circonstanciés. Sir A. Cooper donne une explication un peu différente : après avoir rapporté une observation qu'on verra plus bas, où des abcès urineux s'étaient manifestés pendant le séjour d'une bougie dans le canal, il ajoute : « Les fistules avec perte de substance sont très-difficiles à guérir. *Elles ont ordinairement leur siége dans la portion de l'urètre qui se trouve au-devant du scrotum ; elles ont généralement une direction longitudinale, et atteignent l'étendue d'un demi-pouce à un pouce.* Quelquefois le tiers du canal est détruit : d'autres fois c'est la moitié, et non-seulement la membrane qui forme l'urètre, mais encore *la partie inférieure du tissu spongieux* qui y adhère, n'existent plus. » Voilà les faits, nous allons voir l'explication : « La perforation du canal succède à un abcès qui s'est formé dans une des lacunes de l'urètre, sous l'influence d'une prédisposition à la fonte putride et gangréneuse. Il se forme une eschare qui intéresse la paroi du canal de l'urètre vis-à-vis la lacune qui renferme l'abcès, et, lorsque celui-ci vient à se vider, l'eschare tombe et laisse après elle une large ouverture. » Après s'être donné tant de mal pour nous expliquer comment se fait cette perte de substance, A. Cooper aurait bien dû nous dire pourquoi elle se fait *ordinairement dans la portion de l'urètre qui se trouve au-devant du scrotum et à la paroi inférieure*, car ailleurs aussi il existe des lacunes. On ne peut en vérité concilier l'explication d'A. Cooper avec la justesse de ses observations.

Sans doute, après les faits qu'on a lus précédemment, il me suffirait de dire que je pourrais en accumuler ici une foule d'autres à peu près semblables. Cependant je rapporterai encore les suivants afin de montrer la maladie sous toutes ses formes.

Obs. VIII.—Carpentier, âgé de soixante-dix ans, affecté habituellement d'une incontinence d'urine, fut à la fin pris d'une rétention. Entré à l'infirmerie de Bicêtre le 20 octobre 1834, on lui mit une sonde à demeure, qu'on laissa pendant quelque temps, après quoi on la lui ôta parce qu'on avait remarqué que l'urine s'échappait entre le canal et la sonde. Mais, dans les premiers jours de novembre, cet homme tomba dans l'adynamie : comme on craignait

Digitized by Google

la stagnation de l'urine dans la vessie, on le sondait tous les matins, et chaque fois on remarquait que la sonde d'argent était noircie comme par de l'hydrogène sulfuré, à son bec et en deçà de sa courbure; elle avait seulement une couleur jaune dans le reste de son étendue. Enfin, quatre ou cinq jours avant la mort, qui eut lieu le 14 novembre, on s'aperçut qu'il existait, à l'union du scrotum avec la verge, un engorgement qui, par sa dureté et sa couleur livide, donna à penser que l'on avait affaire à un abcès urineux; effectivement, par la pression, on fit sortir une grande quantité de pus par l'urètre. A l'autopsie, je trouvai la muqueuse de ce canal assez pâle et lisse; seulement à peu près au niveau du ligament suspenseur, il existait à la paroi inférieure une solution de continuité, longue d'un pouce et demi environ, large d'une ligne et demie, et aboutissant à un abcès existant entre les deux lames de la cloison des dartos, qui se trouvaient disséquées; séparées jusqu'à leur partie inférieure. Chacune d'elles était intacte; ce foyer était rempli d'urine purulente, et traversé par des filaments cellulaires, les parois présentaient déjà dans quelques points des traces de membrane accidentelle; l'excrétion urinaire avait été troublée par un développement considérable de la portion transversale de la prostate, bien que ses portions latérales fussent moins volumineuses qu'elles ne le sont ordinairement.

Obs. IX.—Le 16 avril 1836, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Agnès, le nommé Cousin, âgé de soixante-dix-sept ans, pour une rétention d'urine par maladie de la prostate. Le 21, on lui mit à demeure une sonde de gomme élastique; dans le commencement de mai, il lui survint une infiltration gangréneuse du scrotum, et il mourut le 11 de ce mois. L'urètre était enflammé; au niveau du ligament suspenseur existait une ulcération de la paroi inférieure, ayant plus de deux pouces d'avant en arrière; toute l'épaisseur de cette paroi était détruite, et au-dessous se trouvait un énorme foyer rempli de pus fétide, et disséquant toute la cloison des dartos; tous les téguments du scrotum étaient infiltrés, gangrenés, mollasses, œdémateux, ainsi que les tissus sous-jacents, et quand on les incisait, il s'en écoulait beaucoup de sérosité roussâtre; les tuniques vaginales étaient enflammées, et avaient contracté avec les testicules des adhérences encore rougeâtres et récentes; en les séparant, on voyait que les dartos étaient intacts et avaient servi de limites au pus du foyer.

Dans les observations précédentes, nous avons vu tous les degrés et les complications de l'ulcération: Simple érosion de la muqueuse (obs. III, IV, V), destruction de toute l'épaisseur de l'urètre (obs. I, II, VI, VIII, IX), abcès diffus (obs. IX) ou circonscrit de la cloison (obs. VIII), infiltration urineuse de toutes les tuniques scrotales (obs. IX), fistules (obs. VII, XV), inflammation (obs. IX) et hémorrhagie (obs. VI) de la tunique vaginale, dénudation et inflammation du testicule (obs. I), enfin la cicatrisation (obs. VII). Peut-être sera-t-on curieux de connaître l'état du tissu spongieux qui précède tous ces désordres, le voici:

Obs. X. — Le 3 février 1839, M. Picard, interne à l'Hôtel-Dieu, m'invita à assister à l'autopsie d'un homme mort à la suite d'un rétrécissement de l'urètre et de fistules urinaires. Cet homme avait porté une sonde à demeure pendant un temps que je ne pourrais préciser; en coupant la paroi inférieure de l'urètre suivant sa longueur, nous remarquâmes qu'au niveau du ligament suspenseur, là où la muqueuse était très-rouge, le tissu spongieux était épaissi et rouge, tandis que, plus près du gland, il était pâle et moins épais; nous passâmes uniformément le scalpel sur la coupe, nous la soumîmes à un filet d'eau, la couleur rouge ne disparut pas, et la même différence persista.

L'inflammation du tissu spongieux de l'urètre se comporte comme les phlébites: au bout d'un certain temps elle coagule le sang dans ses aréoles, et si elle persiste elle y détermine la suppuration.

Obs. XI. — Chez un homme qui avait porté pendant quelque temps une sonde à demeure, M. Lebert rencontra dans l'urètre « cinq excoriations superficielles n'intéressant que la muqueuse; elles ont toutes, dit-il, cinq ou six lignes de long; *la plus antérieure est à environ deux pouces du méat urinaire; le tissu spongieux sous-jacent est plus ou moins noir; en quelques endroits il est infiltré de pus* (1). »

La forme allongée de ces ulcérations et leur siége les distinguent suffisamment de toute autre. J'ai cependant sur ce dernier point une remarque assez importante à faire. J'ai dit qu'elles se trouvaient au niveau du ligament suspenseur de la verge. Cependant il ne faudrait pas prendre ces paroles trop à la lettre. Ces ulcérations existent toujours à ce niveau; mais quand elles ont été produites par les sondes métalliques courbes, elles s'étendent plus en arrière qu'en avant, à moins que le pavillon de celles-ci n'ait été maintenu fortement abaissé, tandis que quand elles ont été produites par des sondes flexibles, elles s'étendent plus en avant, et ce n'est que leur extrémité postérieure qui correspond au ligament triangulaire. Cette circonstance a peut-être souvent contribué à en faire méconnaître la cause, je vais l'expliquer.

---

(1) Bullet. de la Soc. anat. 1836, pag 267.

Digitized by Google

Lorsqu'une sonde métallique courbe est dans le canal, comme dans la position ordinaire, son pavillon se dirige en avant, on conçoit qu'elle doit presser non-seulement sur le sommet de l'angle que forme le canal en cet endroit, mais encore sur la portion légèrement ascendante qui se trouve immédiatement derrière. Mais il n'en est pas de même quant aux sondes flexibles. Leur extrémité extérieure est presque toujours pendante, entraînée en bas par son poids, par celui de la verge et celui des liens qu'on applique ordinairement autour de cet organe pour fixer l'instrument. Ce dernier éprouve donc un mouvement de bascule sur le point le plus saillant de la courbure urétrale, et tandis qu'il presse fortement au-devant de ce point sur la paroi inférieure, il tend au contraire à l'abandonner derrière. De là vient que l'ulcération qui s'avance souvent au-devant du ligament suspenseur s'étend plus rarement du côté du bulbe. Dans tous les cas c'est toujours au niveau de ce ligament qu'elle commence, pour s'étendre ensuite en avant; c'est ce dont nous avons vu une preuve (Obs. III). L'effet que je viens de décrire serait encore plus prononcé si on laissait à demeure une sonde droite inflexible. On peut dire aussi que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la lésion aura d'autant plus de longueur d'avant en arrière que la sonde sera plus roide, parce que la paroi inférieure du canal sera déprimée dans une plus grande étendue.

Une telle ressemblance entre toutes ces ulcérations prouve qu'il est impossible de les regarder comme autant de fausses routes. Je pourrais d'ailleurs démontrer, par des faits nombreux, que les fausses routes qui se font dans ce lieu intéressent presque constamment la paroi supérieure, précisément parce que, à partir de ce point, l'urètre ne se dirige pas directement en arrière, mais aussi de haut en bas, à des degrés différents, suivant les différents individus, et que les chirurgiens qui ignorent cette disposition, se trouvant arrêtés, croient être arrivés au bulbe, et, au lieu d'incliner plus fortement le pavillon vers l'abdomen, ils s'efforcent de l'abaisser vers les cuisses du patient. D'ailleurs on peut remarquer que, parmi les faits que j'ai cités, la plupart appartiennent à des vieillards affectés de maladies de la prostate. Je les ai choisis de préférence, parce que la sonde cheminant alors avec facilité jusqu'au col de la vessie, il faudrait supposer une bien grande inexpérience ou une bien grande inattention dans le chirurgien qui ferait des fausses routes à un pouce et demi ou deux pouces du méat urinaire. J'aurais pu rapporter un plus grand nombre d'exemples d'ulcérations produites par le séjour des sondes chez des malades qu'on traitait de rétrécissement de l'urètre. Toutefois, je conviendrai que, relativement, elles me paraissent moins fréquentes que dans les maladies de la prostate, ce que je crois pouvoir attribuer à trois causes différentes : 1° Je regarde les rétrécissements de l'urètre comme abrégeant en général de beaucoup la durée de la vie, surtout parmi cette classe de la société qui, soit par indigence, soit par incurie, soit par ignorance, néglige de se faire soigner ou devient la proie de charlatans aussi audacieux qu'inexpérimentés. Pendant deux ans que j'ai passés, comme interne, à l'hospice de la vieillesse-homme, j'ai cru remarquer que les rétrécissements de l'urètre y sont bien moins fréquents que ne devraient le faire supposer et le nombre et le genre de la population. Or, il se pourrait que chez les adultes le tissu spongieux de l'urètre offrît une résistance vitale plus grande que chez les vieillards. 2° Dans les rétrécissements de l'urètre, on commence ordinairement par des instruments très-fins, très-flexibles par conséquent, et ce n'est que vers la fin du traitement qu'on arrive à l'emploi de ces sondes qui, en raison de leur grosseur, ont nécessairement beaucoup de rigidité, tandis que c'est ordinairement par celles-ci qu'on débute chez les vieillards, et c'est d'elles qu'on se sert pendant tout le traitement. 3° Cette méthode réussit rarement chez ces derniers à rétablir l'excrétion urinaire; ordinairement elle se termine par la mort, qu'elle hâte même assez souvent. De là vient qu'on peut presque toujours constater une lésion qui, lorsqu'elle n'est pas très-avancée, aurait pu passer inaperçue, si le cours des urines et la santé se fussent rétablis, comme cela a ordinairement lieu lorsqu'on a affaire à de simples rétrécissements. Et en effet, il ne faut pas croire que dans ces derniers cas, il ne s'est produit aucune ulcération parce qu'il n'est pas survenu d'infiltration urineuse pendant le cours du traitement. Il n'est pas extrêmement rare, au contraire, de voir, par suite du travail de cicatrisation, un rétrécissement survenir au niveau du ligament suspenseur chez des individus qui ont été traités, par les sondes à demeure, d'un rétrécissement situé dans une région très-différente. Qui ne reconnaîtra une semblable origine dans le fait suivant, rapporté par M. Bermond (1)?

Obs. XII.— Un fou épileptique fut reçu dans les salles de M. Lallemand, pour une coarctation très-forte, *située vers le milieu du canal.* Elle était manifestement le résultat, chose remarquable, de l'usage des sondes à demeure, auquel on avait soumis cet idiot un an auparavant pour s'opposer à une manie indomptable de masturbation.

Je ne m'arrêterai pas aux effets qui résultent de

(1) Consid. pratiques sur les rétrécissements du canal de l'urètre, pag. 16, 1837.

la pression que les sondes exercent sur la paroi supérieure du canal au-dessous de la symphyse pubienne; car si ces effets ne sont pas nuls, ils sont au moins de bien peu d'importance; ce n'est presque toujours qu'une simple rougeur longitudinale, assez bien circonscrite, d'un pouce ou un pouce et demi de longueur et de deux lignes de diamètre. Rarement on y trouve une excoriation de la muqueuse, et jamais je n'ai vu le canal perforé par une action de ce genre.

Quant à la pression sur la paroi inférieure ou postérieure au voisinage de la vessie, je ferai abstraction de ses effets sur l'orifice des canaux éjaculateurs et par continuité sur le reste des organes spermatiques; je me bornerai à ceux qu'elle produit sur l'urètre lui-même.

On sait combien la partie postérieure de l'orifice urétro-vésical présente de variétés suivant les individus, et surtout suivant l'âge de ces individus, ce qui dépend de la portion transversale de la prostate. En général, cette partie chez les adultes n'offre pas de saillie bien sensible, et elle jouit d'une très-grande laxité, ce qui fait qu'elle cède très-facilement à la pression que lui font éprouver les sondes flexibles. De là vient que ces instruments ne produisent que rarement en ce lieu une lésion notable chez ceux qui les ont portés pour un rétrécissement de l'urètre, d'abord parce que ce sont le plus souvent des adultes que l'on a à traiter de cette maladie, et ensuite parce qu'un rétrécissement de l'urètre prévient ordinairement l'hypertrophie que les années amènent naturellement dans le tissu de la prostate. C'est au moins ce qui résulte de mes observations; car, chez plusieurs vieillards affectés de rétrécissement, j'ai remarqué, soit pendant la vie, soit après la mort, que leur prostate n'avait pas le volume que leur âge seul aurait dû faire supposer. Au reste, cette facilité avec laquelle le bord postérieur du col vésical cède dans les cas de rétrécissement est une circonstance heureuse; car, s'il venait à s'ulcérer, il ne pourrait en résulter que de la douleur, un dérangement dans l'excrétion urinaire, et même une incontinence d'urine. Nous allons voir que les mêmes considérations ne sont pas applicables aux engorgements de la prostate.

En effet, la portion transversale en est le siége le plus ordinaire, et comme elle est immédiatement appliquée derrière le col de la vessie, elle soulève son bord postérieur, le porte en avant, au point de lui faire dépasser le bord antérieur. C'est ainsi que l'orifice urétro-vésical se trouve fermé par une valvule tendue transversalement au-dessus de la paroi postérieure de la région prostatique du canal. En outre, cette valvule résultant d'un tissu glandulaire engorgé, hypertrophié, jouit d'une certaine consistance qui ne lui permet pas de céder facilement quand elle se trouve pressée. Ainsi donc, saillie en avant quelquefois considérable du bord postérieur de l'orifice urétro-vésical, consistance très-grande de cette saillie, voilà deux circonstances qui font qu'elle s'ulcèrera facilement sous l'influence d'une pression tant soit peu considérable. Aussi n'est-il pas rare de voir, chez les vieillards qui ont succombé affectés d'une rétention d'urine de ce genre, et après avoir porté pendant quelque temps une sonde à demeure, cette valvule creusée par un sillon résultant non-seulement d'une dépression, mais encore d'une véritable ulcération. Parfois cette ulcération est très-profonde; cependant je ne l'ai jamais vue assez profonde pour causer une infiltration urineuse, bien que j'aie vu une ou deux fois l'ulcération détruire toute la muqueuse de la paroi postérieure de la région prostatique et d'une partie de la région membraneuse (obs. II). Ch. Bell a rencontré un cas de ce genre, puisque la destruction commençait à cinq pouces du méat urinaire et ne se terminait qu'à l'orifice de la vessie; toutefois ces cas sont rares. Ordinairement l'ulcération est bornée à la moitié postérieure du col de la vessie, et alors elle peut avoir des résultats fort heureux, puisqu'elle peut rétablir le cours des urines.

On sait, en effet, que quelquefois le séjour des sondes chez les vieillards suffit pour amener ce résultat. Les auteurs qui croient à la paralysie essentielle de la vessie ont expliqué ces faits en disant que c'était le contact des sondes sur les parois de cet organe qui en réveillait la contractilité : c'est une erreur qui, prise à la lettre, pourrait conduire et a conduit plus d'un praticien à de fâcheux résultats. Mainte et mainte fois des ouvertures de cadavres m'ont éclairé sur la véritable cause du changement; toujours il y avait ulcération, ou au moins affaissement, renversement en arrière de la valvule qui mettait obstacle au cours des urines. D'autres fois ce n'était pas tout à fait cela : ainsi, lorsque l'hypertrophie avait formé une tumeur derrière le col de la vessie, souvent la sonde ne renversait pas cette tumeur en arrière, mais elle se logeait soit à droite, soit à gauche, et se moulait ainsi une espèce de rigole qui plus tard donnait une issue, quelquefois involontaire, à l'urine. J'ai vu et fait dessiner par M. Jacquart une tumeur de la grosseur d'une noix qui, creusée, sapée, pour ainsi dire, par sa base, ne tenait plus, au reste, que par quelques lambeaux de muqueuse.

Tels sont les faits que je voulais exposer; essayons maintenant d'en déduire quelques conséquences.

La première, c'est que le procédé qu'on emploie ordinairement pour dilater les rétrécissements de l'urètre est essentiellement mauvais, puisqu'il peut causer lui-même un nouveau rétrécissement très-étendu, au niveau du ligament suspenseur, ou bien

Digitized by Google

une poche ou une fistule urinaire, ou même la mort par infiltration urineuse ou par infection purulente. De tous ces accidents le moindre est extrêmement fâcheux ; aussi doit-on faire tout pour les éviter et substituer au procédé dont je parle un autre plus efficace et moins dangereux. Il est vrai qu'on pourrait diminuer la fréquence et la gravité de ces accidents en recommandant aux malades de tenir constamment leur verge relevée contre l'abdomen, parce qu'on diminue par ce moyen la pression que les sondes exercent sur la paroi inférieure de l'urètre; mais il est rare qu'ils se conforment, qu'ils *puissent* même se conformer assez religieusement à cette prescription pour être certain d'éviter les accidents qui résultent de son inobservation.

La seconde remarque que je ferai, c'est que le traitement des rétentions d'urine des vieillards par les sondes à demeure est encore bien plus mauvais, puisque ses succès sont incomparablement plus rares et ses accidents plus fréquents et plus redoutables. En effet, si l'on veut avoir quelques chances de succès, c'est-à-dire, déprimer, ulcérer la partie postérieure du col de la vessie, il faut employer des sondes grosses et d'une certaine rigidité; il faut les *laisser longtemps* à demeure, et alors combien n'a-t on pas à craindre de les voir enflammer tout l'appareil urinaire, *paralyser la vessie*, de voir des infiltrations urineuses du scrotum amener la mort avant la guérison de la rétention d'urine, puisque les ulcérations se forment en général beaucoup plus vite à la seconde courbure de l'urètre qu'au col de la vessie. Joignez à cela qu'on pourrait voir le malade résister à tous les accidents et ne retirer aucun bénéfice pour prix des dangers qu'il aurait courus, parce qu'il est des formes de la maladie contre lesquelles ce traitement ne peut rien, quoi qu'on fasse. Ces formes, il est vrai, pourront maintenant être assez facilement diagnostiquées par l'emploi des moyens que j'ai indiqués pour y parvenir.

Quelques praticiens préfèrent les sondes de gomme élastique courbes pour laisser à demeure chez les vieillards affectés d'engorgement de la prostate, afin, disent-ils, de ne pas fatiguer cette glande; mais on voit par ce qui précède que c'est un raisonnement vicieux, puisque c'est exposer les malades aux dangers les plus graves des sondes à demeure, sans leur laisser aucune chance de guérison. En effet, ces sondes n'étant courbes que près de leur bec, elles ne peuvent déprimer la portion transversale de la prostate, et elles agissent sur le reste du canal à la manière des sondes flexibles droites.

On a imaginé, dans ces derniers temps, des moyens de produire la dépression du col de la vessie avec plus d'énergie que ne le font les sondes ordinaires ; mais je doute qu'on en ait retiré de grands avantages, parce qu'il est rare que les malades puissent les supporter assez longtemps pour qu'on en obtienne un résultat satisfaisant. Tous ces moyens ne sont que des sondes inflexibles et droites, ou bien qui, pour agir, se redressent lorsqu'elles sont parvenues dans la vessie. Elles produisent donc au maximum la dépression de la paroi inférieure de l'urètre, au niveau du ligament suspenseur de la verge. De là des douleurs intolérables et la nécessité de ne laisser ces instruments que très-peu de temps en place, si l'on ne veut s'exposer à voir se développer la série d'accidents dont j'ai déroulé le tableau. C'est cette considération qui m'a suggéré l'idée d'un instrument des plus simples qui produit l'effet désiré en prenant son point d'appui sur la paroi supérieure du canal. Comme il n'exerce pas la moindre pression sur la paroi inférieure, excepté au col même de la vessie, comme le malade peut varier lui-même son action d'après les sensations qu'il éprouve, on peut le laisser plusieurs heures en place sans avoir à craindre le moindre danger. Je l'ai déjà mis en usage plusieurs fois, et il m'a toujours réussi ; il est vrai que je ne l'emploie pas pour toutes les formes de la maladie et que, dans beaucoup de cas, je lui préfère la cautérisation ou même l'excision de la partie qui met obstacle au cours des urines. La précision des moyens dont je me sers pour cela peut seule égaler leur simplicité : je ne les ai pas encore publiés; mais je les ai exposés dans le cours que j'ai fait pendant l'été dernier à l'école pratique.

Je passe maintenant à une dernière considération.

Dans notre siècle soi-disant positif, on entend répéter tous les jours : qu'importe l'explication? il nous suffit de connaître le fait. Et les hommes qui se font gloire de tenir ce discours sont ceux qui se donnent et que l'on regarde comme des esprits forts. Moi, au contraire, si ce langage n'était à l'ordre du jour, je le regarderais comme le propre des esprits superficiels qui ne veulent pas se donner la peine de creuser au sein d'une question. Le fait sans l'explication est quelque chose ; mais il n'est à la science que ce qu'est une pierre brute par rapport à l'édifice qu'on veut construire. Combien, depuis l'origine de la médecine, n'a-t-on pas observé de faits, et quels sont ceux dont on a tiré profit? Que nous importe, par exemple, de savoir *par expérience*, ainsi que tous les auteurs l'ont répété, que les fistules qui se font à la racine de la verge sont extrêmement difficiles à guérir (1)? Qu'en est-il résulté pour la pra-

(1) J'ai rapporté plus haut l'opinion d'A. Cooper; Desault dit : Cette espèce de fistule peut être entretenue par l'amincissement et la dénudation des parois de l'urètre, disposition fort ordinaire lorsque le dépôt a son siége à la racine de la verge, et vers la partie du canal, placée au-dessus des bourses, par la raison que leur pesanteur tend continuellement à

tique? De la défiance pour les moyens qu'on emploie, et rien de plus : toujours on met des sondes pour empêcher l'urine d'entretenir la fistule par son passage. Mais si l'on eût réfléchi que ces fistules succèdent la plupart du temps au séjour des sondes, que ces sondes n'entretiennent pas seulement le calibre du canal, mais l'élargissent outre mesure dans cet endroit en déprimant fortement sa paroi inférieure; que, loin de favoriser la cicatrisation, elles pourraient produire la perforation de l'urètre si elle n'existait pas; si, en un mot, on eût réfléchi que ces instruments ne peuvent qu'aggraver le mal qu'ils sont chargés de guérir, aurait-on pris, je le demande, la précaution d'en augmenter le calibre et par conséquent les dangers, à mesure qu'ils causaient plus de désordres? Aurait-on persisté dans leur emploi malgré tout, au point même d'amener la mort des malades, comme cela eut lieu dans l'observation qu'on va lire?

Obs. XIII. — M... avait un léger écoulement de l'urètre, sans douleur ni difficulté dans le passage de l'urine; nonobstant cela, on fit usage d'une bougie, sous l'influence de laquelle l'irritation s'accrut, l'écoulement augmenta, et la santé s'altéra.

Il se forma alors *au scrotum*, *au niveau de la partie inférieure de l'urètre*, une tumeur qui, après une irritation locale très-vive, et une réaction générale intense, s'ouvrit et donna passage à l'urine; on eut recours de nouveau à l'introduction d'une bougie, dans le but d'opérer la dilatation du canal, et d'obtenir la cicatrisation de l'ouverture fistuleuse. Mais, après un court espace de temps, il se forma au périnée un nouvel abcès par suite duquel l'urine s'infiltra dans le périnée et le scrotum (1); pour donner issue à ce liquide, on fut obligé de pratiquer une large incision; mais il se forma des eschares étendues. Le malade tomba dans un état général d'irritation, puis d'affaissement; enfin cette maladie le conduisit au tombeau. A l'autopsie, on trouva deux ulcères dans l'urètre sans aucune trace de rétrécissement.

Personne, je pense, ne doutera que ce ne soit la persévérance avec laquelle on insista sur l'emploi de la sonde qui a causé la mort du malade. D'autres fois la terminaison n'est pas aussi fâcheuse; mais on prolonge indéfiniment une fistule qui, sans cela, se fermerait spontanément. En pourra-t-on douter quand on aura lu le fait suivant?

Obs. XIV. — Un jeune homme d'Abbeville portait une fistule urinaire vers la partie moyenne du périnée. Il faisait usage de la sonde de gomme élastique depuis onze mois, pour la guérison de cette maladie; on avait d'abord tenu la sonde bouchée, et le malade ôtait le bouchon chaque fois qu'il voulait satisfaire au besoin d'uriner; ensuite on l'avait laissé constamment débouchée, et l'urine s'écoulait par cet instrument aussitôt qu'elle était déposée dans la vessie par les uretères. Cependant la fistule ne guérissait pas; on conseilla à ce jeune homme de venir à Paris, et il me fut adressé. Il ôta la sonde pour faire le voyage, pendant lequel la fistule se consolida; à son arrivée à Paris, je l'examinai, et la cicatrice m'ayant paru bonne, je lui conseillai d'introduire une grosse bougie pour tenir l'urètre dilaté, et de la retirer chaque fois qu'il voudrait uriner.

Bien certainement c'est la cessation de l'emploi des sondes pendant quelques jours qui a permis à cette fistule de se fermer. Grâces soient donc rendues au hasard; car il est très-probable que si ce malade eût été soumis au traitement de Boyer avant que l'oblitération fût complète, il n'aurait pas guéri. En effet, veut-on savoir à propos de quoi Boyer donne cette observation? le voici : «Il arrive quelquefois que, malgré la dilatation de l'urètre et l'usage *méthodique* de la sonde, la fistule ne se guérit point. Cela vient ordinairement de ce que l'urine, poussée par la contraction de la vessie, ne passe pas entièrement par la sonde, qu'il s'en glisse une certaine quantité entre l'instrument et les parois de l'urètre, et que cette quantité, *quelque petite qu'elle soit*, en s'introduisant dans la fistule, suffit pour l'entretenir. On prévient cette déviation de l'urine en tenant la sonde constamment débouchée. Si l'urine continue à couler entre la sonde et les parois de l'urètre, il faut cesser l'usage de cet instrument et le remplacer par une grosse bougie que le malade retirera chaque fois qu'il voudra uriner.» On voit combien l'auteur se débat pour expliquer un fait qu'il ne comprend pas. Malgré l'esprit éminemment judicieux de Boyer, il n'est pas besoin de grands frais de raisonnement pour faire voir que son explication ne vaut rien et que la pratique qu'il en déduit est plus mauvaise encore; il me suffira de signaler deux contradictions manifestes dans le court passage que je viens de citer. D'abord, pourquoi une *grosse bougie* empêcherait-elle plutôt le passage de l'urine qu'une sonde de même volume, surtout si on suppose que celle-ci est débouchée de manière à laisser écouler ce liquide à mesure qu'il arrive dans la ves-

---

les écarter de l'urètre. On voit que, pour les fistules qui sont placées au-dessus des bourses, il lui fallait une autre explication que pour celles qui sont à la racine de la verge, et il en a trouvé une au moins aussi insignifiante. Boyer ne parle que de ces dernières, aussi a-t-il évité une difficulté.

(1) Je ne puis m'empêcher de faire remarquer cette marche antéro-postérieure de l'ulcération : c'est que la sonde ou bougie n'étant plus soutenue en avant, par suite de la destruction de la paroi inférieure de l'urètre, au niveau du ligament suspenseur, exerce sa pression plus en arrière, parce qu'elle tend toujours à prendre une direction rectiligne.

Digitized by Google

sie? En second lieu, comment concevoir qu'on favorise la cicatrisation en laissant écouler par le canal la totalité de l'urine, si *la plus petite quantité* suffit pour entretenir la fistule? En partant de faux principes, il est difficile d'arriver à de bons résultats; aussi ne doit-on pas s'étonner que l'auteur finisse par déclarer que ces fistules sont *ordinairement incurables*.

Pour se convaincre que ce n'est pas le passage des urines qui met obstacle à l'oblitération des fistules, et je ne parle pas ici de celles au-devant desquelles se trouve un rétrécissement de l'urètre, il aurait dû suffire de se rappeler qu'après l'opération de la taille par le périnée, toute l'urine passe par une plaie récente, très-disposée par conséquent à l'infiltration, et que, malgré cela, cette plaie se cicatrise en douze, quinze ou vingt jours.

Dans le fait suivant, on ne put invoquer l'influence des urines, alors on s'en prit à une cause plus innocente encore.

Obs. XV. — Le nommé Barbe, âgé de cinquante-sept ans, demeurant rue aux Fèves, n° 14, entra à la Charité le 18 septembre 1839. Il me raconta qu'il *fut* pris d'une rétention d'urine pour la première *fois il y a seize* ou dix-sept ans, et qu'il entra il y a *dix-huit mois*, dans un des principaux hôpitaux de Paris, pour se faire traiter de cette maladie.

Le chirurgien lui introduisit une sonde d'argent, et, comme il avait éprouvé quelque peine, il la laissa à demeure pendant sept jours; mais, dès le troisième, il était survenu une douleur très-vive vers la racine antérieure du scrotum, puis un gonflement considérable qui ne tarda pas à s'ouvrir. On remplaça l'instrument métallique par une sonde flexible de la même grosseur, et qu'on renouvelait toutes *les semaines*. Au bout d'un mois et demi, la fistule ne faisait qu'augmenter et suppurer davantage; le malade éprouvait, en outre, des douleurs intolérables, et il demandait qu'on le débarrassât de la sonde. Sur ces vives instances, l'interne prit sur lui de la remplacer par une autre beaucoup plus petite; mais alors l'urine passait presque continuellement entre elle et le canal, et sortait par la fistule. Malgré cela, celle-ci se ferma en huit ou dix jours. Le chirurgien étonné dit à ses élèves que le passage des urines avait sans doute favorisé la cicatrisation, en entraînant les mucosités qui séjournaient auparavant dans le canal.

Bien que ce malade me rendît compte de ce qu'il avait éprouvé avec toute la netteté désirable, je n'aurais cependant pas parlé de cette explication antiphysiologique si elle ne se trouvait publiée et soutenue dans des ouvrages fort estimables d'ailleurs. M. Lallemand, en particulier, a beaucoup insisté sur l'obstacle que les mucosités abondantes sécrétées par le canal apportent à la cicatrisation des fistules urinaires. Pour moi, je demeure convaincu que la cicatrisation ne s'est opérée que parce que la flexibilité de la petite sonde se prêtait facilement aux courbures de l'urètre, et qu'elle ne déprimait pas, comme les grosses, sa paroi inférieure au niveau de la seconde courbure. Le mieux aurait été de n'en employer aucune.

Toutefois, avant de finir, je prierai le lecteur de ne pas conclure de ce que je viens de dire que je blâme l'emploi des sondes d'une manière générale et dans tous les cas de fistules urétrales : je n'ai eu qu'un but ici, c'est de faire voir qu'il en est où elles sont nuisibles, et que bien souvent les préceptes des auteurs sont en opposition directe avec les efforts de la nature. Une autre fois je traiterai des fistules urinaires en particulier, et je ferai voir qu'il en est peu qui soient incurables.

Journal des conn. méd.-chir. — Avril 1840.

De l'Hématocèle, de ses principales variétés, de son traitement. — Opérations nouvelles; par M. Velpeau.

Grammaticalement parlant, le mot *hématocèle* devrait s'appliquer à toutes les tumeurs sanguines; l'usage a fait réserver ce mot pour les tumeurs sanguines du scrotum ou des bourses. Ces tumeurs sanguines des bourses sont de trois sortes : 1° Le sang épanché est simplement infiltré dans les tuniques scrotales, il y a *hématocèle par infiltration;* cet épanchement, lors même qu'il serait considérable, est de peu d'importance; il disparaît rapidement; il n'est pas douloureux; il est seulement accompagné d'une teinte noirâtre, charbonnée, qui dure assez longtemps. 2° Le sang épanché peut se réunir en foyers, soit dans l'épaisseur des tuniques testiculaires autres que la tunique vaginale, soit dans l'épaisseur du testicule lui-même ou de l'épididyme. 3° Le sang peut s'épancher dans la tunique vaginale, ou dans un kyste séreux existant préalablement.

Ces trois espèces d'hématocèle doivent être soigneusement distinguées, car elles ont une marche différente; elles exigent un traitement différent, et leur pronostic est tout autre.

L'hématocèle par infiltration n'est point dangereuse, et cela est utile à savoir, pour ne pas lui appliquer un traitement dangereux comme plusieurs chirurgiens ont cru devoir le faire. C'est une maladie légère; abandonnée à elle-même, elle se dissipe en quinze ou vingt jours. Le seul traitement à lui opposer est le traitement résolutif et surtout du temps; on combat d'ailleurs les symptômes généraux ou de tout autre nature qui peuvent accompagner ce genre

Digitized by Google

d'hématocèle; mais il ne faut pas y porter le bistouri, on aurait dès lors, à la place d'une maladie légère, des incisions qui donneraient lieu à une inflammation purulente nécessairement de mauvaise nature.

L'hématocèle par épanchement dans la tunique vaginale survient comme l'hématocèle par infiltration, à la suite de violences extraordinaires. Ici, il y a ordinairement à la fois épanchement et infiltration; en effet, il est difficile qu'une violence extérieure produise un épanchement sanguin dans la tunique vaginale, sans que les tissus en soient infiltrés du même coup. L'infiltration alors se dissipe d'elle-même, on n'a pas à s'en occuper; mais il n'en est pas ainsi pour l'épanchement. Le sang épanché dans une tunique séreuse présente une tendance singulière à s'y coaguler, et dès que la coagulation a eu lieu, il forme comme un corps étranger qui ne peut plus guère être absorbé. Ce genre d'épanchement mérite d'autant plus d'être étudié qu'on s'en est fort peu occupé jusqu'ici, ou du moins on ne s'en est occupé que dans les cas où il est récent. Pour celui qu'on pourrait appeler chronique, celui qui a duré un an ou davantage, on en a peu parlé; on l'a englobé lui et d'autres maladies sous le nom d'hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale, avec concrétions cartilagineuses, avec liquide, noir, brun, roux, de consistance de chocolat, de lie de vin, etc.

Voici comment il se fait que ces hématocèles ont été prises pour des hydrocèles. L'hématocèle n'est pas dangereuse, parce qu'elle n'est pas accompagnée d'un travail inflammatoire. Quand la tumeur est récente, accompagnée d'une teinte noire, quand on a la certitude qu'un coup a été porté sur le scrotum, on n'hésite pas à reconnaître l'hématocèle; mais si elle est ancienne, et si le malade, soit qu'il l'ait oublié par suite du temps écoulé, soit qu'il n'y ait pas fait attention, ne se rappelle pas d'avoir reçu un coup, on dit qu'il y a hydrocèle. D'autres circonstances contribuent à induire en erreur : par exemple, une hydrocèle peut se former dans une hématocèle, et réciproquement. Il y a même de ces cas fort embarrassants dans lesquels une hydrocèle, d'abord transparente, perd sa transparence et la recouvre ensuite au bout d'un certain temps, tellement que, selon la période de la maladie, on admet ou on rejette l'existence de l'hydrocèle; cela tient à ce qu'une hydrocèle existant d'abord, il se fait au milieu d'elle un épanchement peu considérable de sang; cet épanchement trouble la transparence de l'hydrocèle, mais comme il est peu abondant, il reste liquide; sa matière colorante est bientôt absorbée, et la transparence reparaît. M. Velpeau et M. Bérard aîné ont déjà constaté quelques faits de ce genre.

D'un autre côté, les caractères extérieurs peuvent amener la confusion, parce que le sang épanché se modifie, se dénature. Tantôt, dans une hématocèle, une exhalation séreuse abondante vient se mêler au sang, le dissout en grande partie, laisse quelques grumeaux concrets; et au bout d'un an, quand on ouvre le kyste, il en sort un liquide pâteux, coloré, tenant en suspension quelques grumeaux, liquide parfois, pur, vineux ou à teinte lie de vin, de café, etc. Tantôt l'épanchement étant considérable, toute la masse sanguine reste concrète, comme fongueuse, contracte même quelquefois des adhérences avec la tunique vaginale. On s'explique ainsi comment, quand on ouvre la tunique vaginale de manière à pouvoir y porter les doigts, on sent des brides, quelquefois comme des colonnes; comment on a pu croire dans des testicules extirpés à l'existence du tissu encéphaloïde. Dans quelques cas le sang épanché ne s'est coagulé qu'en faible partie, la plus grande quantité est restée liquide; alors, au bout d'un certain temps, la matière colorante a disparu peu à peu, et quand on vient à ouvrir le kyste, on trouve des grumeaux minacés suspendus au milieu d'un liquide incolore qui pourrait faire croire à l'existence d'hydrocèles dégénérées. Dans d'autres cas enfin le kyste sanguin s'enflamme, il s'établit une suppuration, le foyer s'ouvre et donne un pus roussâtre qui n'est pas un vrai pus, mais un mélange de pus et de sang.

L'hématocèle par épanchement dans le testicule ou dans les tuniques scrotales donne lieu aux mêmes considérations; les tuniques au milieu desquelles s'établit un épanchement sanguin s'épaississent, forment un kyste autour du sang qui peut alors présenter les mêmes phénomènes que dans la tunique vaginale.

Opération. Dans le cas d'hématocèle autre que celle par infiltration, les chirurgiens hésitent entre trois variétés d'opération. Les uns amputent tout simplement le testicule; Boyer semble pencher dans quelques cas pour ce mode d'opération, qui a été, s'il n'est pas encore, celui adopté par M. Roux dans sa pratique; les autres enlèvent seulement tout le kyste, toute la tunique vaginale épaissie, par excision; c'est là l'opinion adoptée par Boyer. Dupuytren avait apporté une modification à ce procédé, il n'enlevait pas toute la tunique vaginale, mais une portion seulement, la portion libre. Au fond, ces deux derniers genres d'opération diffèrent peu l'un de l'autre; tous deux sont longs, délicats, dangereux.

Depuis sept à huit ans, M. Velpeau a substitué à ces procédés, d'abord l'excision d'un simple disque du kyste, plus tard deux opérations bien simples, ayant chacune leur application particulière.

Injection iodée. Si, comme cela est ordinaire, le sac contient une matière liquide ou au moins demi-liquide, de manière à ce qu'on puisse le vider entièrement par la canule d'un trois-quart, on opère

Digitized by Google

comme pour l'hydrocèle, par la ponction avec le trois-quart et l'injection iodée. Sur quatre malades opérés ainsi, deux sont entièrement guéris; chez les deux autres, il y avait, outre les liquides, des concrétions dans le sac : il fallut recourir à l'autre opération.

Incision. Quand il y a des matières concrètes, on fait au scrotum, sur le point déclive du kyste, une incision suffisante pour que ces matières sortent d'elles-mêmes, ou bien soient chassées par le doigt qu'on introduit dans le sac, de manière à bien le nettoyer. Si la première incision ne correspond pas au point déclive, ou s'il y a plusieurs culs-de-sacs, on en fait de nouvelles, deux, trois, quatre selon le besoin, de manière à empêcher toute stagnation des liquides. Tous les malades opérés de cette manière par M. Velpeau sont guéris au bout de trois à quatre semaines au plus. Un seul a succombé; mais il avait une hématocèle fort ancienne, développée au milieu d'une masse encéphaloïde, par conséquent c'est un cas à mettre de côté.

— Comme je l'ai dit d'abord. Les trois variétés d'hématocèle se trouvent chez trois malades de la salle Sainte-Vierge. Je vais donner leur observation d'une manière assez abrégée, mais cependant avec les détails suffisants pour qu'on puisse juger de l'exactitude et de la justesse du diagnostic porté par M. Velpeau.

Premier cas. Je ne m'y arrêterai pas. Il s'agit d'un cordonnier, âgé de cinquante-sept ans, couché au nº 3 de la salle Sainte-Vierge, qui a une hématocèle par infiltration, produite par une piqûre de lancette. On emploie un traitement résolutif.

Deuxième cas. Au nº 33 de la salle Sainte-Vierge est couché un jeune homme nommé Lallier, maréchal-ferrant, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin. Il est entré le 24 février 1840 pour un gonflement assez considérable du scrotum. Il y a six semaines, à la suite d'un coup de pied de cheval, le scrotum du côté gauche est devenu rapidement le siége d'un gonflement accompagné d'une coloration noire très-intense. Les sangsues et les cataplasmes n'ont eu aucune prise sur le gonflement; la coloration noire seule a disparu.

Aujourd'hui, le scrotum du côté gauche forme une tumeur plus grosse que le poing, indolente par elle-même, dont la peau a une teinte tout à fait normale. En haut et en avant, cette tumeur comprimée occasionne la même sensation que le testicule sain, ce qui prouve la présence en ce point du testicule. Tout le reste est bosselé, d'une consistance peu ferme, semblable à celle qu'occasionnerait un empâtement du testicule ou de l'épididyme; on y trouve une légère fluctuation, en sorte que la tumeur semble être formée par un liquide ou une matière demi-liquide.

Ce liquide ne peut être là que du sérum, du pus ou du sang. Ce n'est pas du sérum, parce que la tumeur est survenue *rapidement*, à la suite d'une violence extérieure, et qu'il n'y a point de transparence; une autre raison, c'est qu'un épanchement séreux ne pourrait guère se faire que dans la tunique vaginale, ce qui n'a pas lieu ici.

Ce n'est pas du pus, parce qu'il n'y a eu ni vive douleur, ni inflammation, la douleur s'est développée trop rapidement. Ce ne peut donc être que du sang, et tout se réunit en faveur de cette opinion ; la violence extérieure, la promptitude de la formation de la tumeur, la teinte noirâtre dans les premiers temps, la résistance aux diverses médications employées, enfin la consistance. Réunissant tous les caractères, M. Velpeau diagnostique une hématocèle dans le testicule ou l'épididyme, avec concrétion d'une partie du sang dans l'intérieur du foyer. Par conséquent, il y a lieu à appliquer ici son second mode d'opération, c'est-à-dire l'incision.

Le 29 février, l'opération a été pratiquée. Il a suffi d'une seule incision par laquelle est sortie une espèce de bouillie analogue par la couleur et la consistance à du raisiné; le doigt a été introduit dans l'intérieur du sac afin de le bien nettoyer.

Troisième cas. Au nº 40 de la même salle, est entré, le 15 février 1840, le nommé Chauvet, charcutier, âgé de vingt ans, aussi pour un gonflement du scrotum du côté gauche. Il y a environ quatre ans, il s'est froissé violemment le scrotum, en montant à cheval. Depuis lors, est survenu un gonflement qui paraît avoir persisté pendant trois ans sans occasionner aucune douleur au malade et qui a été entièrement négligé par lui. Depuis douze jours, la tuméfaction a augmenté rapidement, au point de passer du volume d'un œuf de poule à celui du poing.

La tumeur, revêtue d'une peau jaune-rosé, douloureuse, est puriforme; elle est, jusqu'à un certain point, fluctuante, assez dure. En haut et en arrière, elle donne, quand on la presse, la sensation du testicule, qui paraît exister là à l'état sain et tout à fait étranger à la tuméfaction. Les caractères de cette tumeur annoncent une hydrocèle ou une hématocèle, ou plutôt les deux à la fois. Cette dernière opinion est celle de M. Velpeau; il ne peut pas y avoir une hydrocèle simple, car les parois de la tunique vaginale sont épaissies, et il n'y a point de transparence. Ce doit être un kyste contenant un liquide formé par un mélange de sérosité et de sang un peu dénaturé.

La ponction avec le trois quart a justifié ce diagnostic; il s'est écoulé par la canule un liquide d'une teinte rouge-noirâtre et d'une consistance peu épaisse; tout le kyste s'est parfaitement vidé. On a fait immédiatement une injection iodée, absolument comme pour une hydrocèle. Cette opération a présenté une particularité, le malade, naturellement timide n'a

Digitized by Google

pas paru s'apercevoir du moment où l'on faisait l'injection, et il a assuré qu'elle ne lui faisait aucun mal. Cela est dû, d'après M. Velpeau, à l'épaississement et à l'état particulier dans lequel se trouve la tunique vaginale.

Si ces deux opérations, comme tout le fait présumer, réussissent, ce sera une nouvelle preuve à ajouter à celles déjà acquises de leur utilité.

GAZETTE DES HÔPITAUX.—Avril 1840.

Enorme tumeur encéphaloïde du testicule. Dégénérescence cancéreuse des principaux organes, survenue en quelques mois chez un jeune homme de dix-huit ans. Mort. Autopsie.

Au n° 56 de la salle Saint-Jérôme, service de M. Malgaigne vient de succomber un jeune homme duquel n'entendront pas parler sans intérêt tous ceux qui l'avaient remarqué dans les services des hôpitaux de Paris où il a passé avant d'être relégué à Bicêtre. La terrible affection dont il était atteint avait été reconnue, dès le principe, au-dessus de toutes les ressources de l'art; mais si l'observation que nous publions n'apprend rien quant à l'étiologie, au diagnostic ni à la thérapeutique de la maladie qui a emporté ce sujet, l'examen nécroscopique a laissé, sous le point de vue d'anatomie pathologique, trop de détails curieux à constater pour que nous ne nous empressions pas d'en faire part à nos lecteurs.

Asselin (Edouard), d'un tempérament faible, lymphatique, garçon meunier, âgé de dix-huit ans, avait eu souvent les testicules froissés en montant à cheval pour faire son état. Vers le mois de mai dernier, à la suite d'un pareil accident, son testicule gauche devint douloureux; et, environ deux mois après il survint en dehors une petite tumeur dure, qui fut bientôt le siége de douleurs lancinantes et souvent répétées. L'individu n'en discontinua pas cependant ses travaux, et ne fit même aucune attention à cela. Au mois de novembre seulement, on lui fit prendre un suspensoir, et ce ne fut que le 6 janvier dernier qu'il consulta pour la première fois un médecin, et lui fit voir sa tumeur, dont le volume grossissant toujours, commençait à l'inquiéter. Suivant l'avis de ce dernier, on fit pendant quinze jours, sur la tumeur, des frictions avec l'onguent napolitain, qui n'eurent d'autre effet que de calmer un peu les douleurs.

A la fin de ce mois de janvier, il fut amené de chez lui à Paris. Placé d'abord à l'hôpital des Enfants-Trouvés, il n'y resta que trois jours, après lesquels il fut reconduit à l'Hôtel-Dieu, et couché dans le service de M. Blandin, salle Sainte-Agnès, n° 8. Il y demeura vingt-neuf jours, pendant lesquels on ne fit aucun traitement, puis il fut définitivement renvoyé à Bicêtre.

A son arrivée, le 21 février, voici quel était son état : figure chétive, membres grêles; tout son corps, en un mot, offrant les traces d'un affaiblissement extrême; portant au côté gauche du scrotum une énorme tumeur qui, soulevée, semblait peser 3 kilogrammes environ, d'un aspect bleuâtre, sillonnée de veines très-dilatées et recouverte d'une peau excessivement mince; des saillies rénitentes, de la grosseur d'un œuf de poule à peu près, apparaissaient çà et là sur la tumeur.

Le testicule droit était déjeté fortement en dehors, à sa hauteur ordinaire.

Le cordon testiculaire du côté de la tumeur était énormément dilaté, et les ganglions engorgés; le ventre était dur et tendu; la région du foie était aussi volumineuse et résistante; le malade éprouvait dans toutes ces parties des douleurs aiguës.

Son transport à Paris avait été fatigant pour lui et l'avait beaucoup fait souffrir. Depuis son arrivée, il avait perdu l'appétit; ses selles étaient assez faciles et sans diarrhée; son pouls était modéré, et il n'y a jamais eu de fièvre. A partir des deux dernières semaines de son séjour à l'Hôtel-Dieu, des sueurs assez abondantes le prenaient régulièrement tous les soirs et duraient pendant les premières heures de la nuit, ce qui avait contribué à l'affaiblir considérablement. A son entrée à Bicêtre il ne pouvait supporter qu'un peu de bouillie et de tisane sucrée. On lui administra une pilule de cynoglosse le matin, une autre le soir. Sous l'influence de ce médicament, les douleurs parurent se calmer, et le malade recouvra un peu de sommeil dont il ne jouissait plus depuis deux mois.

Le 4 mars on donna trois pilules de cynoglosse; la nuit fut moins bonne; il y eut peu de sommeil et beaucoup plus de sueurs.

Le 7, survinrent des vomissements et un dégoût profond pour toute espèce de substances; les sueurs s'établirent continuelles, des douleurs plus vives se firent sentir depuis l'ombilic et sous le sternum jusqu'au côté droit du cou. Depuis lors l'affaiblissement devint de plus en plus sensible. Le 16 mars il y eut une rupture d'une des grosses veines superficielles de la tumeur du testicule, mais l'hémorrhagie fut facilement arrêtée; enfin les douleurs s'étant accrues à mesure que le peu de forces diminuaient toujours, le pauvre patient expira dans la matinée du 27 mars.

Voici maintenant les détails de l'autopsie, qui fut faite avec le plus grand soin, vingt heures après la mort.

Digitized by Google

L'aspect général du corps indique l'état de marasme le plus profond; le tronc, depuis l'extrémité supérieure du sternum jusqu'à la symphyse des pubis, est long de 55 centimètres; l'abdomen occupe lui seul environ 36 centimètres de cette étendue; il est ballonné, et il n'existe pas de ligne de démarcation entre la paroi abdominale et les dernières côtes.

Dans la poitrine, on trouve : entre les deux poumons, dans la région du thymus, une masse énorme de tissu encéphaloïde à l'état cru, recouvrant tout le péricarde sans y adhérer. Les poumons se joignent à la partie supérieure; sur presque toute leur surface s'élèvent des tumeurs de nature encéphaloïde, les unes étant tout à fait en dehors du parenchyme et comme pédiculées; d'autres faisant saillie d'une partie de leur circonférence, et d'autres enfin soulevant seulement le tissu de l'organe; leur grosseur varie depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un gros marron.

Le poumon droit, séparé en deux moitiés longitudinalement, présente à l'intérieur, presque partout, le tissu normal, à l'exception de deux ou trois petites tumeurs de dimension minime.

Le poumon gauche, coupé de la même manière, offre antérieurement, dans l'épaisseur de 3 à 4 centimètres, du tissu encéphaloïde aggloméré en masse. A la partie inférieure, on retrouve ce même tissu, mais un peu plus étendu en épaisseur et en hauteur, et contenant un kyste plein d'un liquide jaunâtre et presque transparent. Tout le côté externe de ce poumon, dans une largeur de 70 centimètres environ, a subi la même transformation qui, nulle part dans cet organe, n'est arrivée à l'état de ramollissement.

Le tissu est noir, brun et jaunâtre; la partie qui représente le lobe supérieur est séparée du lobe inférieur par une petite couche de tissu sain parsemé de plusieurs ganglions dont quelques-uns ont même la grosseur d'une noix.

Le cœur est sain; les caillots de sang qu'on y trouve n'ont rien d'anormal.

Dans l'abdomen, le foie paraît sans altération dans sa plus grande partie; à l'extérieur, on aperçoit cependant des masses blanchâtres qui émergent de sa substance comme si elles eussent ulcéré toutes ses tuniques. A sa face supérieure, au bord inférieur et à la face postérieure, on voit plusieurs tumeurs de grosseur différente, qui soulèvent ses tuniques sans les avoir érodées.

Le lobe gauche est sain; le lobe droit, coupé par tranches, est parsemé, à l'intérieur, d'un assez grand nombre de tumeurs dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un marron.

La vésicule du fiel est saine, ainsi que la rate, qui est seulement d'un très-petit volume.

Les deux reins sont également à l'état normal; le gauche adhère à une tumeur dont nous allons parler tout à l'heure.

Voici ce qu'on remarque sous le péritoine et dans les intestins : l'épiploon, dans sa partie inférieure, est complétement transformé en tissu encéphaloïde; la partie moyenne est saine; mais entre l'arc du colon et la masse des intestins se trouve une énorme tumeur dont le plus grand diamètre est de 30 centimètres de largeur sur 25 de hauteur et 12 d'épaisseur. Elle est adhérente au rein gauche. Toute cette tumeur est formée par une masse de tissu encéphaloïde, blanche en général, fibreuse à sa circonférence. Plus profondément on voit des plaques d'une teinte rosée, quelquefois grisâtre, ailleurs jaunâtre; leur centre est circonscrit par des masses de tissu ramolli qui se laissent encore couper, mais qui sous le doigt se réduisent facilement en putrilage; leur couleur approche de celle de la brique brune, parsemée de points noirs qui ressemblent assez bien à des grains de raisins de Corinthe sur un morceau de pudding. Dans quelques points plus rares se trouvent de petites cavités remplies d'un liquide jaunâtre et comme huileux.

La muqueuse de l'estomac se présente plissée, mais les autres tissus de ce viscère paraissent sains, ainsi que la totalité du tube intestinal.

Tumeur du testicule.—Mesurée en divers sens, elle a donné dans sa plus grande circonférence transversale 69 centimètres, et 60 dans sa plus petite. De son origine à son extrémité, en suivant son contour, elle avait 36 centimètres. Elle se continue supérieurement avec une autre tumeur grosse comme un œuf de dinde, qui soulève le canal inguinal, et plus haut, à l'intérieur du péritoine, suit encore une autre tumeur beaucoup plus volumineuse, adhérente à cette dernière par en bas, mais indépendante de celle que nous avons décrite ci-dessus, et qui remplit la fosse iliaque gauche et tout le petit bassin. La tumeur du testicule et celui-ci pesés ensemble avec une balance romaine ont donné 7 kilogrammes et demi; celle du testicule toute seule pesait 5 kilogrammes et demi.

La tumeur du bassin, coupée en travers, présente deux masses juxta-posées, dont l'une, formée de matière brune, contient à l'intérieur un kyste irrégulier dans lequel flottent des lambeaux de tissu encéphaloïde presque ramolli au milieu d'un liquide rougeâtre et huileux; l'autre portion, moins avancée, est presque blanche.

La tumeur du canal inguinal, demi-dure, demi-ramollie, présente au centre un kyste à parois régulières.

La tumeur du testicule contient, dans son quart inférieur, une poche énorme, irrégulière, renfermant des lambeaux de tissu jaune-grisâtre qui nagent dans un liquide brun, filant, inodore; il ne reste

Digitized by Google

aucune trace de matière pouvant rappeler le tissu propre du testicule, ni celui de la tunique vaginale; le côté droit contient une autre poche pleine d'un liquide plus épais, semblable à de la bile; tout le reste de la tumeur présente l'aspect général reconnu dans les autres, variant pour sa couleur du blanc au brun, et pour sa consistance de celle du tissu fibreux à celle du putrilage. La peau qui enveloppe toute la tumeur est saine et très-mince, comme nous l'avons dit; elle est facile à en séparer avec le dos du scalpel; elle s'enlève comme par énucléation et est sillonnée de grosses veines remplies d'un sang noir qui paraît sans altération. Il faut remarquer que les deux kystes dont nous venons de parler étaient très-rapprochés de la circonférence et répondaient à des saillies que présentait la tumeur, qui d'ailleurs contenait un grand nombre d'autres bosselures et de petites tumeurs dures ne renfermant point de kystes remplis de matières molles ou liquides.

L'aorte, la veine cave sont parfaitement saines; la vessie et les ganglions de l'aine sont aussi à l'état normal.

Le pancréas n'a également subi aucune altération.

Enfin, les organes intérieurs du cerveau ne sont le siége d'aucune lésion ni modification; aucune production morbide ne se rencontre parmi eux, et les ganglions du cou, de la mâchoire inférieure et ceux de l'aisselle sont reconnus sains.

Telle est donc l'histoire de cette terrible affection, dont les ravages si étendus, la marche si rapide, inspirent d'abord un sentiment d'effroi auquel se joint bientôt le regret plus pénible encore de se trouver, contre ces cas, dans une impuissance tellement absolue, qu'il est, en vérité, naturel, et nous dirons presque philanthropique, de désirer que la mort vienne abréger de si cruelles souffrances, et apporter à tant de maux le seul remède qu'ils puissent attendre!

Gazette des Hôpitaux.—Avril 1840.

Choix d'une méthode, pour l'extraction des calculs.

L'un des arguments dont on s'est servi pour mettre en doute les succès extraordinaires que M. Civiale obtient par l'emploi de sa méthode, c'est que cette manière d'opérer n'a point eu les mêmes avantages entre les mains d'autres praticiens. La différence n'est cependant pas difficile à expliquer. La pratique de M. Civiale présente effectivement certaines particularités qui exercent une grande influence sur les résultats auxquels il arrive. Nous ne voulons point parler de sa dextérité, de sa légèreté et de la précision de ses mouvements dans la manœuvre, et de la facilité prodigieuse avec laquelle il opère; car, sous ce rapport, on ne peut guère songer à l'imiter, par la raison toute simple que personne n'aura autant d'occasions que lui d'appliquer la lithotritie et de s'identifier pour ainsi dire avec elle. Mais ce que nous devons signaler à l'attention, c'est le soin scrupuleux qu'il apporte, soit avant de prendre un parti, soit après que ses idées sont bien arrêtées, à l'examen des particularités qui se rattachent à chaque cas individuel. Nous citerons en preuve les résumés qu'il a présentés, à sa dernière conférence, sur le choix d'une méthode pour opérer les calculeux.

Un jeune homme de quinze ans, faible de constitution et très-peu développé, souffrait de la pierre depuis cinq ans; mais on n'avait tenu aucun compte de ses douleurs, en sorte que le calcul s'était élevé à un volume assez considérable; la vessie était racornie et frappée de catarrhe; la santé complétement dérangée; la maigreur excessive, et tout l'appareil urinaire atteint d'une irritation excessive.

Le repos, les bains, les lavements calmants, les boissons abondantes et tous les moyens généralement usités pour combattre les accidents de la pierre, furent employés sans effet durable. Le malade conservait de fréquents besoins d'uriner; par moments, l'urine s'écoulait d'une manière continue; dans d'autres il fallait de grands efforts pour en chasser les dernières gouttes, et ces efforts s'exécutaient pour ainsi dire involontairement; car la recommandation avait été faite de ne pas s'y livrer; les contractions étaient si énergiques, qu'il en résultait souvent des états convulsifs. Il y avait diarrhée et fièvre continue. La physionomie portait l'empreinte de profondes angoisses; l'appétit était faible et le sommeil constamment agité.

Cet ensemble de phénomènes morbides parut à M. Civiale contr'indiquer l'emploi de sa méthode; du moins jugea-t-il la cystotomie préférable. Voici les raisons qu'il a données. La pierre étant volumineuse, autant qu'on peut en juger par un simple cathétérisme, elle exigera plusieurs séances pour être détruite par les procédés de lithotritie. Mais l'irritabilité excessive de l'urètre et du col vésical, la phlegmasie de la vessie et le raccornissement du viscère, rendront ces séances fort douloureuses; on sera obligé de les faire très-courtes, et par conséquent de les multiplier. D'ailleurs, l'irritabilité de l'urètre doit faire craindre que les fragments ne s'arrêtent dans le canal. Pour prévenir cet accident, il faudra réduire la pierre en poudre, autre circonstance qui prolongera encore la durée du traitement. La moindre exaspération qui pourra survenir

Digitized by Google

par le fait de la manœuvre sera difficilement supportée par le malade, qui se trouve dans un état d'agacement extrême. En supposant même qu'on parvienne à rétablir le calme par l'emploi des moyens connus, et à force de précautions, le traitement n'en sera pas moins fort long, et la santé, qui est déjà si mauvaise, peut empirer au point de donner des inquiétudes. On a donc tout à craindre ici de l'application d'une méthode qui n'enlève pas sur le champ la cause des souffrances.

En conséquence, M. Civiale s'abstint même de faire un simple essai de lithotritie. Le malade lui paraissait être d'ailleurs dans des conditions favorables au succès de la cystotomie. On sait, en effet, que cette opération réussit généralement chez les jeunes sujets. La maigreur extrême du malade devait rendre l'opération facile et prompte, d'autant plus que la pierre, volumineuse pour la lithotritie, était petite pour la taille; en sorte que l'extraction pouvait être faite sans efforts et sans distension de la plaie. On avait donc tout à redouter, dans cette circonstance, des accidents qui viennent trop souvent compliquer les manœuvres de la lithotritie, dont il diminue les chances de succès.

On avait déjà remarqué, et M. Civiale a eu plusieurs fois occasion de l'observer, que la taille réussit très-bien chez les malades qui ont beaucoup et longtemps souffert de la pierre. Ce qu'il importe surtout alors, c'est de rechercher si les reins ne sont pas malades, et si ces organes ne sont pas, plutôt que la vessie, le point de départ des désordres qu'on observe dans la santé générale.

« A la vérité, il s'agit ici d'une question fort difficile à résoudre, dit M. Civiale, comme le prouvent les faits nombreux que j'ai publiés, soit dans le *Parallèle*, soit dans le *Traité de l'affection calculeuse*. Pour ce qui concerne notre petit malade, j'ai tout lieu de croire que les accidents proviennent de la vessie. En effet, l'urine est muqueuse, mais non purulente. Lorsque les douleurs de la pierre sont moins vives, la fièvre, l'agitation et le malaise diminuent; le calme se rétablit et l'appétit renaît. C'est une remarque que j'ai faite plus d'une fois depuis le séjour du malade à l'hôpital. Quand, au contraire, les contractions de la vessie sont fortes, énergiques et rapprochées, les symptômes généraux augmentent et la diarrhée survient. Tout porte donc à croire qu'en enlevant la pierre, ces accidents cesseront, puisqu'ils résultent évidemment de l'irritation produite par ce corps au col de la vessie, et des efforts irrésistibles auxquels le malheureux malade se laissa aller jour et nuit. »

M. Civiale rappelle qu'il a opéré un assez grand nombre de calculeux dans des conditions analogues, et que les résultats ont dépassé de beaucoup ce qu'il croyait d'abord pouvoir espérer. Ces résultats contrastent d'une manière frappante avec ceux qu'on obtient chez des hommes forts, replets, dont la constitution paraît avoir souffert à peine de la présence de la pierre, et qui n'ont ni fièvre, ni dérangement aucun dans les autres fonctions; ceux-là supportent difficilement une secousse violente et un ébranlement semblable à celui que détermine la cystotomie.

Chez eux, il ne faut recourir à la taille qu'à la dernière extrémité; car elle ne permet pas, comme la lithotritie, de proportionner la secousse à la résistance présente du malade. L'opération une fois commencée, il faut la terminer. Aussi n'est-il pas rare de voir succomber, même en peu de jours, ceux de ces calculeux qui paraissent être dans les conditions les plus favorables.

Quelles peuvent être les causes de ces différences? D'abord, chez les sujets replets, la route qu'on se fraye pour parvenir dans la vessie a beaucoup plus d'étendue et de profondeur que chez les personnes maigres. Les tissus qu'on a divisés sont mous et se laissent aisément pénétrer par l'urine. Mais la cause principale paraît tenir au mode d'existence habituelle du malade. Nous venons de voir que ces calculeux souffrent, de loin en loin, seulement en finissant d'uriner ou par le fait de la marche et de l'exercice. Les organes urinaires se rapprochent plus ou moins de ce qu'ils sont dans l'état normal. Ce n'est qu'accidentellement qu'il survient une exaspération de la sensibilité, quelques indices de phlegmasie ou un peu d'exhalation sanguine, et non-seulement ces états maladifs ont peu de gravité, mais encore ils durent peu, et, au bout de quelques instants, le malade se trouve pour ainsi dire dans les conditions normales. C'est donc d'une manière subite que l'opération de la taille les jette dans une perturbation violente et profonde, qui les fait passer sans transition des habitudes ordinaires de la vie à une maladie fort grave. Tantôt alors l'ébranlement est si considérable, que l'équilibre ne peut se rétablir; tantôt, au contraire, la réaction qui survient est si forte qu'elle entraîne la perte du malade : ce résultat est d'autant plus à craindre que les ressources de l'art sont très-limitées.

GAZETTE DES HÔPITAUX.—Avril 1840.

—

Digitized by Google

VARIÉTÉS.

Essai médico-légal sur les cicatrices ; par M. Malle, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, etc.

« La médecine légale est la science des rapports
» de la médecine en général avec la loi. »
(*L'auteur.*)

L'examen des cicatrices, au point de vue de la médecine légale, est un chapitre qui manque à cette science. Il est inutile d'interroger les auteurs classiques sur ce sujet, les uns ne l'ont pas même indiqué, les autres ont à peine effleuré les questions qui s'y rattachent; presque tous pourtant en ont noté l'importance sans la justifier par la discussion des faits : Belloc n'en parle point, Fodéré, si prodigue de réflexions, n'a pas médité, avec sa sagacité ordinaire, sur les cicatrices envisagées comme les derniers documents d'une procédure. Biessy, qui a consacré un volume à l'examen médico-légal des blessures, se borne à narrer les phases de la cicatrisation, à en préciser les chances et la durée, selon qu'elle s'opère par première ou seconde intention : dans les courtes pages consacrées à ce sujet, M. Orfila, qui a tant fait pour la médecine légale, décrit rapidement les phénomènes de la cicatrisation, les différents aspects du tissu nouveau qui en résulte, les caractères spéciaux que lui impriment certaines diathèses morbides, telles que la syphilis, le scorbut, les changements qu'il subit après la mort : cette esquisse, sans fournir les données nécessaires pour la solution des questions relatives aux cicatrices, atteste au moins que M. Orfila en a compris la portée. Venu après cet auteur, M. Devergie s'est contenté, dans son savant Traité de médecine légale, de constater la lacune sans la remplir. « Malheureusement, dit-il (l'étude des cicatrices), n'a pas encore été faite d'une manière assez spéciale et sous le point de vue médico-légal, aussi avons-nous soulevé cette question, moins pour la résoudre que pour faire sentir le vide qui reste à remplir (*Méd. lég.*, t. II, I[re] part., p. 199). »

Quelques propositions sur les cicatrices qui se rencontrent, se trouvent encore éparses dans le chapitre XIII, où l'auteur traite des blessures (Devergie, *Méd. lég.*)

Que si nous allons des traités spéciaux aux dictionnaires, nous n'y puiserons pas de plus amples renseignements. La plus ancienne de ces compilations encyclopédiques ne *mentionne* en aucune manière *la cicatrice* sous le point de vue medico-judiciaire. Mais, hâtons-nous de le dire, en constatant l'absence de matériaux, nous avons moins pour but de faire valoir notre travail que d'en justifier l'insuffisance. Ebaucher une question, ce n'est pas la soustraire au progrès de la science; d'autres viendront, qui pourront rectifier nos assertions, compléter cet essai et le temps aidant, le vide que tous nos prédécesseurs ont constaté se trouvera comblé.

La cicatrice, produit d'un travail que les uns ont considéré comme une nuance d'inflammation, les autres comme un acte de la plasticité inhérente à l'organisme, est un tissu de nouvelle formation, toujours identique à quelque lésion qu'il succède. Les différents aspects qu'elle présente sont en rapport avec le degré de son organisation ; c'est ainsi que, formée seulement par une trame celluleuse dans les adhérences récentes, elle peut devenir successivement fibreuse, cartilagineuse, et quelquefois même constituer des plastrons ossiformes que Delpech a plusieurs fois signalés au-dessous des côtes. Malgré les changements que le temps amène dans l'organisme, et quelles que soient les causes qui les aient déterminés, la plupart des cicatrices ne subissent point d'altération, ni dans leur forme, ni dans les caractères organiques qui leur sont propres. C'est sur leur indébilité que repose l'investigation médico-légale. Ce caractère fondamental des cicatrices a été mis en doute par M. Devergie, dans les paroles suivantes. « Il est toujours possible de reconnaître une plaie récente résultant de quelque arme que ce soit, fût-elle cicatrisée; il faut cependant excepter les excoriations qui guérissent sans laisser de trace. Mais si la plaie est de date fort ancienne, on éprouve souvent de très-grandes difficultés à reconnaître la cicatrice, et, à plus forte raison, à préciser à quelle espèce de plaie elle appartient : la difficulté est non-seulement en raison du temps qui s'est écoulé, mais encore en raison de la jeunesse de la personne blessée. Les cicatrices disparaissent avec l'âge, au fur et à mesure que la peau s'organise mieux, et aussi qu'elle prend plus d'étendue en surface (ouv. cit., t. II, p. 125 et 126). » Cette dernière proposition nous semble, nous devons l'avouer, un peu hasardée ; car le tissu des cicatrices étant formé par une substance organique anormale, leur substance n'est point, à proprement parler, une continuation de la peau dont elle diffère par l'absence du corps muqueux, ainsi que le témoigne sa couleur blanchâtre chez le nègre. Cette constitution du tissu de cicatrice (Dupuytren) est si manifeste, qu'elle peut se former en loi d'organogenèse, et qu'il est permis d'affirmer que toutes les fois que des parties d'organisation différente vont se rendre à une même cicatrice, elles perdent un peu, avant d'y arriver, leur texture propre, et dégénèrent en un tissu fibreux, homogène, qui se confond avec la production nou-

Digitized by Google

velle, et les fait adhérer à sa surface interne. C'est cet ensemble de conditions anatomiques qui a inspiré à Delpech ses vues sur les corps inodulaires ; c'est par là que ces productions réparatrices se distinguent aisément de tous les autres tissus de l'économie et permettent à l'expert de positives inductions sur leur nature. Non-seulement, en effet, les cicatrices sont indélébiles, mais encore elles conservent, à travers les années, certaines particularités qui dénotent la cause qui les a produites.

Quel est le praticien dont le regard exercé ne distinguera facilement ces difformités qui résultent des cicatrices par brûlure d'avec celles qui sont dues à l'action des instruments tranchants? Qui confondra les traces ineffaçables d'une blessure par arme à feu ou par piqûre avec les stigmates de la diathèse scrofuleuse ou les vestiges des érosions syphilitiques? Les ravages de la petite-vérole, les frêles cicatrices des ulcères scorbutiques des jambes, les marques vaccinales ne se dénoncent-elles pas aux yeux de l'observateur après un laps considérable de temps? Les solutions de continuité des os ne laissent-elles pas, après leur guérison, des indices qui ont permis, dans une exhumation juridique, entreprise plusieurs années après la mort, de déterminer la nature et l'époque de la lésion?

Il importait d'insister sur la permanence des caractères propres aux cicatrices, puisqu'ils fournissent les bases des rapports de l'expert dans un assez grand nombre de circonstances. Des questions d'identité n'ont souvent trouvé leur solution que dans l'existence ou dans l'absence de ces traces indélébiles, suites de violences; d'autres fois elles ont nécessité leur distinction d'avec les difformités ou taches de naissance. Tous les problèmes que soulève l'enquête médico-légale des blessures se reproduisant au sujet des cicatrices, le magistrat pourra demander à l'homme de l'art à quelle espèce de lésion a succédé la cicatrice examinée, dans quelle situation la plaie qu'elle remplace a été faite, quel temps s'est écoulé depuis la perpétration du crime, etc., etc. — La fraude ou la malveillance pourront simuler, après des plaies artificielles, des cicatrices qui rejetteront plus d'incertitude dans l'esprit du médecin que les blessures mêmes dont elles sont l'équivoque résultat. L'appréciation des dommages et intérêts réclamés par la partie civile, à l'occasion d'une violence, se rapporte plutôt à l'époque de la cicatrisation qu'à celle encore récente où elle est soumise à un traitement; car c'est alors seulement, dans un grand nombre de cas, qu'il est donné à l'expert d'évaluer avec sûreté l'étendue et la gravité des désordres fonctionnels que peut entraîner une cicatrice adhérente, profonde, irrégulière, avec perte de substance, etc. Qu'un individu, blessé dans une rixe, vienne à succomber avant la guérison de la plaie, par suite d'une maladie intercurrente, sous le coup d'une explosion épidémique, ne faudra-t-il pas constater à quel point était arrivée la cicatrisation et fixer les chances de ce travail réparateur, afin d'écarter de l'accusé une injuste aggravation de charges? Voilà donc autant de cas où la justice sollicite les éclaircissements de l'art sur la nature des cicatrices, sur leurs différences, sur leurs effets. Le médecin devra donc posséder tous les éléments d'une solution dont relèvent les intérêts les plus graves; il ne lui suffira point d'établir le diagnostic des cicatrices d'origine diverse, il peut avoir à répondre sur le temps que nécessite leur formation et connaître, par conséquent, les nombreuses causes qui font varier cette durée, comme aussi la pathologie du tissu de cicatrice, c'est-à-dire les altérations morbides dont cette production organique accidentelle n'est pas plus exempte que les autres tissus de l'économie. Outre les cas précités où la cicatrice devient une base de recherches judiciaires, elle appelle encore l'attention du médecin qui fait partie du conseil de recrutement. Adhérente aux muscles, aux tendons, aux os, étendue, difforme, déterminant une gêne fonctionnelle, susceptible de s'enflammer, elle devient une cause légitime d'immunité du service militaire.

Nous venons d'établir que les cicatrices constituent, grâce à leur indélébilité, une source précieuse de renseignements pour l'expertise médico-légale; nous avons énuméré les principales circonstances où l'homme de l'art est obligé d'y recourir pour l'accomplissement de la mission qui lui est déléguée par le magistrat. Il en résulte, pour le premier, la nécessité d'approfondir l'histoire physiologique et pathologique de la cicatrice; les problèmes posés par la justice, il ne peut les résoudre qu'à l'aide de notions puisées à cette double source; les développer n'est pas en ce moment notre affaire, car nous devons supposer acquises (dans ce mémoire) les connaissances pathologiques qui y sont relatives : aussi, passons-nous immédiatement à l'étude des questions médico-légales qui ont rapport aux cicatrices, et que nous réduisons aux suivantes:

1° A quelle espèce de solution de continuité, accidentelle ou spontanée, a-t-elle succédé? Ici se place la détermination de la forme de l'instrument, s'il est démontré que la cicatrice est le produit d'une blessure?

2° A quelle profondeur a pénétré la solution de continuité représentée par la cicatrice?

3° Dans quelle position la solution de continuité a-t-elle été produite?

4° Quel est le temps écoulé depuis la cicatrisation complète?

5° Quels sont les moyens de distinguer les cicatrices survenues après les opérations régulières de la chirurgie de celles qui se sont formées spontané-

Digitized by Google

ment à la suite de blessures livrées à elles-mêmes : cette distinction ne laisse pas d'avoir quelque importance en matière civile, alors que des dommages et intérêts sont sollicités et qu'il convient de prémunir le magistrat contre l'exagération de l'intérêt privé : à quels signes distinguer les deux espèces de cicatrices précitées, des marques de naissance, des traces de solutions de continuité spontanées, de cicatrices vaccinales, etc., etc.

6° Quelles sont les conséquences qu'entraîne l'existence d'une cicatrice donnée quant à l'intégrité d'une fonction ou de toutes les fonctions de l'économie?

7° Comment faut-il procéder à l'examen des cicatrices, 1° sur le vivant, 2° sur le cadavre.

MM. les membres du jury de concours (1) ne sauraient exiger de nous la solution complète de toutes les questions qui précèdent ; plusieurs d'entre elles ne sont que médiocrement éclairées par les faits ; mais en médecine légale, où les faits s'arrêtent, *là ne s'arrête pas nécessairement l'expertise*. L'induction, fondée sur une source incomplète de données, peut encore être d'un grand secours à la justice. En médecine judiciaire, il n'est d'ailleurs aucun ordre de faits qui aboutisse à la vérité absolue ; que l'expert ne tienne pas à l'honneur de formuler en plein tribunal des décisions souveraines ; la science prête, non aux oracles, mais à la probabilité. Or, de l'étude des cicatrices sortiront des probabilités plus ou moins nombreuses et qui, rapprochées d'autres faits, complétées par l'appréciation des circonstances prises en dehors de l'enquête médicale, serviront parfois de fil conducteur aux tâtonnements du magistrat.

§ Ier. Rapports des cicatrices avec la cause productive des solutions de continuité.

Rien de plus variable que la configuration des cicatrices, leur couleur, leur grandeur, leur épaisseur, leur densité, etc. Tous ces caractères, purement physiques, donnent lieu à d'utiles considérations ; mais c'est surtout leur conformation qu'il importe d'étudier : celle-ci est en général l'expression de la cause vulnérante ; mais indépendamment de la nature et de l'origine des plaies, les cicatrices qui leur succèdent se modifient dans leur configuration, en raison de la profondeur de leur siége. Ainsi, qu'une partie du derme seulement ait été divisé, la cicatrice se trouve soutenue par la portion intacte du tissu et elle affecte la disposition qui l'a fait appeler cicatrice *étalée ;* que la division intéresse toute l'épaisseur de la peau, la cicatrice offrira des conditions bien différentes, comme on peut le voir dans les cas variés de brûlure. D'autres circonstances encore, que nous indiquerons plus bas, influent sur la forme des cicatrices. Quoi qu'il en soit, on peut définir cette dernière, la somme des rapports qui lient une surface de nouvelle formation avec des surfaces éloignées par un intervalle appréciable. Ces rapports sont loin de traduire, avec une précison géométrique, la figure et les dimensions des plaies qui ont existé ; en général, les cicatrices sont moins étendues qu'elles, mais elles se moulent néanmoins dans la solution de continuité, et celle-ci sert pour ainsi dire de matrice au tissu nouveau destiné à rétablir en son entier la surface cutanée.

Jetons maintenant un coup-d'œil rapide et successif sur la forme des cicatrices dans le cas de solution de continuité accidentelle (Blessures, opérations chirurgicales) et spontanée (par cause interne ou inconnue).

I. *Solution de continuité accidentelle.* — Nous comprenons sous ce titre les plaies par instruments tranchants, contondants, piquants, celles qui sont produites toutes les fois qu'une tension démesurée détruit la cohésion physique et physiologique des fibres de la peau (déchirures, arrachements), les plaies par armes à feu, les destructions moléculaires des tissus par un agent chimique (brûlures, cautérisations), les luxations, les fractures. En étudiant les rapports des cicatrices avec les différentes causes vulnérantes dont elles sont le résultat indirect, ne perdons pas de vue deux circonstances essentielles qui influent sur ces rapports : 1° le mode de guérison, 2° l'intervention de l'art. Si la solution de continuité a été réunie par intention *immédiate*, la cicatrice n'est parfois que *linéaire* et demande à être reconnue de près. Les plaies contuses, surtout à la face, se réunissent souvent avec presque autant de facilité que celles par instrument tranchant. C'est principalement quand la cicatrisation ne s'est opérée qu'après une suppuration plus ou moins prolongée, et que la surface de nouvelle production présente quelque étendue, qu'on arrive à déduire d'utiles conséquences de l'examen de ses rapports ; 2° que si l'art est intervenu pour modifier la figure des cicatrices, l'habileté du chirurgien consistera à rendre aux parties intéressées par la lésion, la forme et l'aspect qui les caractérisent à l'état normal.

Blessures par instrument tranchant. — Soit une simple incision faite avec un bistouri, la section rectiligne effectuée par l'instrument donnera une cicatrice en *ellipse* plus ou moins allongée. Ce fait a été mis en lumière par M. Martel, ancien in-

(1) Ce mémoire a été envoyé au concours proposé par les rédacteurs des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, qui ont décerné à son auteur une médaille d'encouragement.

Digitized by Google

terne, dans son excellente dissertation inaugurale. Les causes qui déterminent cette déformation sont les suivantes, d'après cet observateur : 1° l'élasticité de la peau ; l'action de cette cause, quoique peu sensible, est générale ; elle suffit pour imprimer à toute division de la peau, par un instrument tranchant, une direction elliptique; seulement, si cette cause agit seule, l'ellipse de la cicatrice est très-allongée ; 2° *la tension de la peau*, variable suivant les positions et l'énergie des contractions musculaires, mises en jeu à différents degrés par l'application d'une force étrangère à l'individu ; elle est de toutes les causes celle qui influe le plus puissamment sur la figure des solutions de continuité dont nous parlons. Quand elle est exercée uniformément, la tension de la peau favorise la tendance d'une plaie, linéaire lors de sa production, à la forme elliptique ; 3° *la convexité des parties sous-jacentes* ajoute à la tension de la peau et agit dans le même sens sur la cicatrisation. A tension égale et sous le même degré d'élasticité cutanée, deux plaies deviendront en se cicatrisant d'autant plus elliptiques, qu'elles reposent sur un plan plus convexe ; 4° *la laxité de la couche cellulaire* sous-cutanée favorise d'une manière passive la déformation de la simple division tracée par l'instrument. En se représentant le degré d'action de ces causes, sur les différentes régions du corps, on se rend compte de la forme qu'affectent de préférence les cicatrices dont elles sont le siége : ainsi, les plaies qui atteignent les membres du côté de l'extension, au-devant du genou, du coude, de l'acromion, au-devant de toutes les saillies osseuses, laisseront après elles une trace plus elliptique. Cette forme se prononce et finit même par se rapprocher de la circulaire, si les quatre circonstances qui la commandent se réunissent et surtout si la tension est forte.

Dans des conditions inverses la cicatrice sera linéaire ; cette dernière forme, se rencontrera là où la peau est lâche, comme au pli de l'aine, dans l'intervalle des doigts et des orteils ; où la surface cutanée est concave, comme la région axillaire, les gouttières vertébrales ; où la couche cellulaire, loin de se prêter aux glissements de la peau, la retient serrée sur les tissus sous-jacents, comme au pavillon des oreilles, à la face palmaire des doigts, etc., etc. Les conditions qui font rester *linéaires* les plaies par instrument tranchant, sont beaucoup plus rares que celles qui les entraînent dans la direction elliptique ; cette forme est donc pour ainsi dire typique et comprend une série de nuances dont le point de départ est à la cicatrice *linéaire* et dont le terme extrême opposé se trouve dans la cicatrice *circulaire* ou *presque circulaire* ; cette dernière n'est en effet que l'exagération de l'ellipse ; ce qui contribue le plus à cette exagération, c'est la tension de la peau, non la tension uniforme qui constitue les cas les plus rares, mais la tension inégalement répartie, très-forte, par exemple, en un point, et très-faible dans un autre. Dans ce dernier cas, voici, selon M. Martel, ce qui arrive : si la tension de la peau est plus forte ou a lieu seulement dans la direction même de la plaie, loin de favoriser l'écartement des bords de cette plaie, elle le combat ou même s'y oppose tout à fait ; si, au contraire la peau est tendue exactement dans une direction exactement perpendiculaire à celle de la plaie, non-seulement elle rend la plaie elliptique, circulaire même, mais si en même temps la peau se trouve tout à fait relâchée dans la propre direction de la plaie, il se fait un changement plus grand que tous ceux que nous avons vus jusqu'ici, le cercle redevient une ellipse ou un losange et le grand diamètre de cette nouvelle figure se trouve perpendiculaire à la ligne suivie par l'instrument tranchant. Pendant que les deux extrémités de la plaie se rapprochent, le milieu de ces deux lèvres s'éloigne, au point que ces quatre points changent de rôle et même que la plaie *redevient linéaire* dans un sens perpendiculaire à sa première direction. On voit des exemples remarquables de ces changements de forme après la section du frein de la langue, des lèvres, du prépuce. On peut en déduire toute la théorie de l'allongement des brides, des cicatrices vicieuses, de certaines prothèses, etc. » On sent combien il importe au médecin légiste de connaître les diverses transformations que peut éprouver une solution de continuité, transformations telles qu'il peut arriver que la cicatrice affecte une direction opposée à celle de la plaie. Les conditions qui maintiennent la plaie *linéaire*, sont également susceptibles de s'exagérer ; alors les lèvres trop attirées l'une contre l'autre pour un simple contact, s'enroulent et ne se touchent plus que par leur surface épidermique. L'enroulement de la peau, qui s'opère toujours de dehors en dedans, s'observe aussi sur le cadavre ; il est dû à la concavité de la surface sous-cutanée et à la contractilité de tissu plus forte dans les couches profondes de la peau. Les considérations générales qui découlent des recherches plus récentes et plus philosophiques de M. Martel, doivent être présentes à l'esprit de l'expert appelé à l'exploration des cicatrices provenant de piqûres ; il ne doit jamais perdre de vue les conditions organiques qui font varier la forme des solutions de continuité de la peau, c'est par là qu'il comprendra comment une plaie presque *circulaire* ou *presque linéaire*, peut être également déterminée par le même instrument triangulaire, par une épée, par exemple, selon qu'elle frappe sur la saillie de la fesse, sur le moignon de l'épaule ou qu'elle pénètre dans le creux de l'aisselle, dans le pli des fesses, et quant aux instruments piquants *extrêmement déliés*, ils glissent

Digitized by Google

entre les fibres, les écartent et ne laissent après eux, ni plaie, ni cicatrice.

Plaies par armes à feu. — Il est rare que les cicatrices auxquelles ces plaies donnent lieu, puissent rendre compte de la forme des projectiles, elles n'ont point un rapport constant, quel que soit le projectile lancé; presque toujours les plaies, et par suite de la surface de cicatrisation, ont une figure plus ou moins arrondie; cependant, d'après l'observation de M. Martel, quand la peau à l'endroit blessé est très-mobile et appuyée sur des parties mobiles, la cicatrice d'entrée offre toujours un diamètre plus étroit que celle du projectile; il en est de même de la cicatrice de sortie, quoiqu'elle paraisse plus large par l'écrasement de ses bords. Mais en général, quand le coup de feu a été tiré à distance, la cicatrice représente un disque parfait, avec dépression au centre et tension de la peau du centre à la circonférence, le plus souvent les adhérences la fixent aux tissus sous-jacents. Le coup de feu a-t-il été tiré à brûle-pourpoint, la cicatrice sera toujours enfoncée et ses bords présenteront des inégalités, et, si l'accident est récent, la contusion imprimée à la peau par déflagration de la poudre lui communique une coloration bleuâtre et superficielle; d'autres fois cette coloration est indélébile et provient alors de l'incrustation dans le derme des molécules de charbon pulvérulent non brûlé qui sont projetées avec des grains de poudre encore entiers : ces molécules s'insèrent dans la peau et dessinent une espèce de tatouage. Lorsqu'il existe plusieurs cicatrices provenant de plaies par armes à feu, il s'agit de déterminer si elles se rapportent au trajet accidentel d'un seul projectile, ou si elles sont dues à plusieurs atteintes : c'est un problème difficile à résoudre. Si l'examen a lieu sur le vivant, l'interrogatoire fournira des éclaircissements péremptoires. Qu'on n'oublie jamais les déviations dont les projectiles lancés par les armes à feu, offrent des exemples aussi nombreux que bizarres. Dans une observation rapportée par notre honorable et savant ami, M. le professeur Michel Levy, et insérée dans les Mémoires de médecine militaire, un berger corse, atteint d'un coup de feu tiré par le garde champêtre de Calvi, a présenté quatre ouvertures, deux à la face interne du bras et deux dans la région dorsale; elles avaient été produites par une seule balle dont le trajet a été parfaitement expliqué par la position respective de la victime et de l'agresseur. Ce qui complique singulièrement l'enquête médico-judiciaire des cicatrices dont il est question, c'est que les plaies d'armes à feu appellent presque toujours l'intervention du chirurgien ou sont suivies d'accidents qui ont pour résultat la déformation de leurs traces : les débridements, la suppuration, la gangrène de quelques lambeaux entraînent cet inconvénient.

Brûlures. — Ces lésions donnent lieu à des cicatrices qui se distinguent par un cachet spécial, de celles qui succèdent à l'action des autres agents vulnérants. C'est surtout Dupuytren qui en a bien étudié les caractères ainsi que les difformités qui en sont souvent la conséquence : formées d'abord par l'exsudation d'une lymphe plastique et organisable à la surface des bourgeons charnus des plaies qui suppurent, elles apparaissent, à leur origine, sous la forme d'une pellicule mince, rougeâtre et fragile, au-dessous de laquelle existe encore le tissu cellulo-vasculeux, qui s'en est recouvert à raison de l'affaissement des bords de la solution de continuité et du resserrement des végétations celluleuses : elles n'ont jamais l'étendue des pertes de substance qu'elles sont destinées à réparer. Les brûlures n'intéressent assez souvent qu'une partie de l'épaisseur de la peau, leur aspect si varié, leurs formes si multiples dépendent du degré de profondeur et de la nature des couches cutanées qu'a frappées l'action du calorique. Une adustion tout à fait superficielle reproduit assez bien la forme du corps comburant; profonde, elle offre un pourtour arrondi. En général, les lésions produites par l'application du calorique se distinguent par des bords rugueux, taillés en gradins, concentriques de dehors en dedans, comme si la cause qui les détermine, rétrécissait le cercle de son action, à mesure qu'elle pénètre plus profondément. Il n'en est pas ainsi des solutions de continuité que font à la peau les caustiques solides; les bords de celles-ci sont perpendiculaires, car les substances corrosives pénètrent avec facilité dans les couches profondes de la peau, plus lâches de texture et plus abreuvées de sucs que les couches périphériques. Les caustiques liquides n'exercent qu'un ravage superficiel, à moins qu'ils n'aient eu le temps de s'imbiber; aussi leurs plaies ressemblent-elles tantôt à celles d'une brûlure très-superficielle, tantôt à celles d'une inustion profonde opérée par les caustiques solides. L'application de ceux-ci donne lieu à des cicatrices circonscrites, profondes, déprimées au centre. Une cicatrisation plus étendue, d'une surface *irrégulière*, superficielle, caractérise les brûlures produites par un liquide bouillant, par le contact rapide d'un corps en ignition, etc. C'est aussi dans les brûlures que l'on observe particulièrement les difformités par adhérence, dont nous parlerons plus bas quand il s'agira des suites de cicatrices. Les cautérisations par le moyen de diverses substances chimiques peuvent imprimer aux tissus certaines colorations qui subsistent quelquefois jusqu'après la cicatrisation.

Les cicatrices ne se produisent pas d'emblée, avec tous les caractères qui leur sont propres; pendant plusieurs semaines, et parfois durant plusieurs mois, elles vont en se perfectionnant, elles s'épaississent

Digitized by Google

et ne remplacent enfin convenablement le derme détruit, qu'après avoir acquis une certaine densité par un travail organique progressif, sous l'influence duquel elles reviennent sur elles-mêmes, perdent de leur étendue et rétractent encore la peau de leur périphérie à leur centre. Cette rétraction consécutive les éloigne beaucoup des dimensions primitives de la brûlure et ne s'arrête que lorsque la cicatrice est devenue solide et blanche, double caractère qui ne doit plus changer; un épiderme léger, très-adhérent, et comme brillant, tapisse les cicatrices. Cette couche inorganique protége faiblement un tissu dense, formé par un entrecroisement de lames fibreuses très-serrées, et qui est l'analogue du chorion : c'est à ce tissu que Dupuytren a imposé la dénomination de tissu de cicatrice et qu'il attribue sa puissance rétractile. La trame de cette formation néodermique est dépourvue de réseau muqueux, de follicules sébacés, de bulbes pileux; à peine quelques poils s'y montrent, rares, blancs et faibles. Aussi la surface traumatique n'est point un tégument aussi protecteur que les autres parties munies de poils, et elle reste dans un état de sécheresse constante, même alors que la sueur baigne le reste du corps; ce qui dépend encore du très-petit nombre de porosités exhalantes et absorbantes dont est percée la cicatrice. Au-dessous d'elle, on ne rencontre point ces cloisons fibro-celluleuses qui sous-existent normalement à la plus grande partie de la peau et entre lesquels sont logés les paquets séparés du tissu adipeux. Un tissu lamineux, plus ou moins serré et dépourvu de graisse, unit la production cutanée nouvelle aux parties sous-jacentes, et celle-ci offre une dépression, d'autant plus prononcée, que la perte de substance qu'elle répare a été plus profonde, et que les parties voisines sont plus riches de cellules adipeuses.

La notion de toutes ces particularités est indispensable au médecin dans la dissection des cicatrices que présente un cadavre, objet d'une enquête judiciaire. Quant à leur vascularisation, les cicatrices diffèrent notablement entre elles : telle cicatrice reste imperméable aux injections les plus ténues, et c'est le cas le plus commun; telles autres sont habituellement roses, rouges, bleuâtres, gorgées de sang plutôt veineux qu'artériel, et toujours disposées à en fournir. Peu de nerfs pénètrent dans le tissu de la cicatrice, et cette circonstance anatomique contraste avec la sensibilité qu'il manifeste souvent et qui s'exagère chez quelques sujets au point d'accuser, comme sur une *échelle* de sensations douloureuses, toutes les variétés de l'atmosphère. Les *cicatrices ont leur pathologie*, elles *s'irritent* facilement, et surtout *se détruisent* sous l'influence de l'inflammation; la tuméfaction, l'injection bleuâtre et la diminution de consistance de leur tissu, sont autant de phénomènes précurseurs de la récidive du cancer, des ulcérations syphilitiques, des dartres, et autres lésions de ce genre; mais elles sont à l'abri des exanthèmes aigus, tels que rougeole, variole, scarlatine, et se *détachent* par leur pâleur sur le plan de la phlegmasie cutanée.

Les adhérences cutanées qui servent de lien d'union aux parties comburées, sont d'abord larges, molles, rougeâtres; elles deviennent graduellement plus denses, plus solides, plus intimes; elles donnent lieu à des difformités et à des gênes fonctionnelles qui doivent entrer comme éléments dans le pronostic médico-légal.

Luxations. — Une luxation simple dont la réduction a été opérée immédiatement, ne laisse point de traces; dès lors il est impossible de prononcer sur son existence intérieure. Chez les sujets avancés en âge, ou frappés d'un état de faiblesse générale, ou minés par quelque affection profonde, telle que le rachitisme, etc., la réduction peut n'être pas suivie du rétablissement complet des mouvements; mais cette gêne fonctionnelle ne fournira que des probabilités en faveur de l'existence antérieure d'une luxation. Si des désordres de parties molles ont accompagné celle-ci, s'il y a eu rupture des fibres musculaires des parties tendineuses et aponévrotiques et saillie de la tête de l'os, des cicatrices véritables dénoteront bien la réalité d'un accident traumatique sans que l'on en puisse préciser la nature et rapporter la cause de ces vestiges à une luxation, cette lésion ne peut véritablement être affirmée que lorsque la réduction n'en a pas été faite, soit par omission des secours de l'art, soit par erreur de diagnostic.

Fractures. — Le cal n'est autre chose que la cicatrice des os; c'est à ce titre que nous avons à nous occuper ici de ces lésions. La vérification de l'existence antérieure d'une fracture est instituée, soit sur le vivant, soit après la mort, dans une exhumation juridique, par exemple, et, dans ce dernier cas, les recherches portant directement sur le corps du délit, à quelque profondeur qu'il soit situé, le médecin légiste pourra presque toujours fournir d'importantes données à la justice, car le travail de la réunion qui s'est opérée entre les deux fragments, se dénote longtemps, et quand la soudure serait tellement exacte qu'elle se confondrait dans la continuité de l'os, la dureté plus grande du cal définitif, et sa résistance plus forte aux tentatives de fracture que celle des autres points de l'os, pourraient éclairer sur l'existence d'une ancienne lésion de ce genre. L'enquête porte-t-elle sur le vivant, les os superficiels sont seuls accessibles à l'exploration qui ne saurait atteindre ceux très-profondément placés dans les parties molles? Pendant la durée du cal provisoire (de huit mois à un an), la tumeur

Digitized by Google

sera appréciable à la main, à la clavicule, au tibia, aux os de l'avant-bras, à l'humérus, etc., même après l'établissement du cal définitif, il est rare que l'os reprenne son volume primitif dans tous ses points; les difformités ou cals vicieux faciliteront les recherches; il en est de même de l'existence de plaie fistuleuse, entretenue par la sortie des esquilles, et qui peut donner accès à des instruments explorateurs. Toutefois, il faudra prononcer si ces altérations dans le volume de l'os et l'inégalité de sa surface, dépendent d'une lésion traumatique ou constituent des exostoses syphilitiques; si elles se rattachent à des affections du système osseux, telles que la raréfaction partielle du tissu osseux, l'ostéomalacie, le *spina-ventosa :* inutile d'ailleurs d'insister sur les circonstances propres à guider l'expert dans l'élucidation de ce point étiologique.

Cicatrices chirurgicales. — Nous appelons ainsi celles qui réparent des pertes de substance déterminées par une opération de l'art; telles sont les traces que laissent sur la peau l'application et l'entretien plus ou moins prolongé des vésicatoires, moxas, cautères; les taches qui subsistent quelquefois très-longtemps à la suite d'éruptions artificielles vésiculeuses ou pustuleuses (pommade émétisée, emplâtre de poix de Bourgogne); telles sont enfin les cicatrices obtenues par les soins de l'art, à la suite d'une opération. Dans des questions d'*identité*, de violence extérieure, de réforme militaire, le médecin peut avoir à statuer sur la nature des taches, maculatures ou cicatrices dont un sujet est porteur, la double cicatrice que laisse après elle l'application d'un séton peut imiter jusqu'à un certain point les ouvertures d'entrée et de sortie d'une plaie d'arme à feu. Les vésicatoires, étudiés sous le rapport anatomique par MM. Villermé et Gendrin, ne se bornent pas toujours à une injection passagère du réseau, vasculaire de la peau, etc., les taches pigmentaires qu'ils lui impriment subsistent quelquefois pendant plusieurs années, et, d'après l'observation de Dupuytren qui a donné quelques préceptes relatifs à l'emploi de ces exutoires chez les femmes, quand leur action s'étend à l'épaisseur de la peau et surtout quand il se creuse à leur surface, des ulcérations séparées par des portions de derme non ulcéré qui se dessine en relief, il en résulte une empreinte brunâtre *indélébile.* Quand ces ulcérations n'ont pas intéressé toute l'épaisseur du derme, les cicatrices ont un aspect favéolé qui rappelle la disposition de ses aréoles. Les cicatrices résultant des moxas, des cautères, diffèrent peu de celles qui sont le résultat de plaies circonscrites avec déperdition de tissu; leur siége peut seul fournir quelque induction sur leur origine. Depuis qu'un certificat de vaccination est devenu, à moins qu'il n'y ait des vertiges de petite-vérole, une condition d'admission dans les établissements publics, le médecin est fréquemment dans le cas d'examiner la forme des cicatrices vaccinales pour les discerner d'autres empreintes analogues ou des cicatrices d'une fausse vaccination (*vaccinæ spuriæ, vaccinellæ*). Rappellerons-nous que la vaccine bâtarde ne laisse à sa suite que des taches rouges sans dépression ou des cicatrices légères qui n'ont pas l'aspect gauffré *caractéristique* des cicatrices vaccinales? Il n'est point de praticien qui n'ait l'habitude de ce diagnostic. Quant aux cicatrices qui succèdent à l'emploi des opérations plus graves, telles que ponction, division, incision de tumeurs, etc., etc., elles prêtent aux mêmes considérations que celles qui réparent les plaies produites par les divers ordres d'agents vulnérants; les instruments dont se sert le chirurgien rentrent, en effet, dans les catégories d'instruments piquants, tranchants, etc. La plupart des plaies d'origine diverse ne guérissent que par le secours de l'art qui en modifie la figure, et tend à renfermer le travail de la cicatrisation, dans des lignes régulières.

Solutions de continuité spontanées. — Il s'agit ici des cicatrices qui succèdent aux ulcères scrofuleux, syphilitiques, variqueux, fongueux, pustuleux, rongeants (*lupus*), cancéreux, carcinomateux, scorbutiques, dartreux, etc. Or, s'il est souvent impossible au chirurgien de diagnostiquer entre ces diverses espèces de solutions de continuité, le médecin légiste arrivera-t-il à établir des caractères différentiels entre les cicatrices qui leur succèdent? Non-seulement on ne peut assigner aux ulcères si variés qui peuvent affecter toutes les parties du corps, des formes distinctes, une figure constante, mais encore la production réparatrice qui rétablit la continuité de la peau, n'est nullement en rapport avec eux quant à sa forme et à ses dimensions. Les ulcères qui constituaient une perte de substance circulaire, laisse après guérison une *cicatrice linéaire.* Il est vrai qu'on a prétendu que les ulcères révélaient souvent leur nature soit par la disposition de leurs bords, soit par l'angle qu'ils forment avec le plan de leur fond, soit par leur figure générale, etc. On a fait des efforts pour décrire avec précision la forme de chacun d'eux en particulier, et on a voulu fonder le diagnostic sur ces descriptions. C'est ainsi qu'on a dit que la forme ronde est propre à l'ulcère syphilitique, la forme anguleuse aux ulcères cancéreux, que le premier a ses bords taillés à pic, le second les a renversés en dehors, etc. Mais, d'une part, la forme ronde n'appartient-elle pas aussi aux ulcères scrofuleux du bord libre des paupières, à la plupart des ulcères du tronc, aux aphthes de la bouche et de la langue, aux ulcérations furonculeuses et pustuleuses de la peau? Combien d'ulcères syphilitiques avec les bords inclinés en dehors ou en dedans, et

Digitized by Google

combien d'ulcères à bords taillés à pic, qui ne pourraient être rapportés à la syphilis? D'autre part, la cicatrice ne reproduisant pas ces aspects primitifs des solutions de continuité spontanées, leurs formes prétendues fixes et régulières, ne seraient utiles qu'au diagnostic chirurgical. Nous sommes porté à admettre avec M. Martel, que la configuration des ulcères, est subordonnée aux mêmes conditions que celles des solutions de continuité accidentelles, tout en tenant compte néanmoins de la perte de substance qui existe constamment dans les premiers, et de la chronicité de leur cause ulcérante. Ce qui détermine la *forme* de l'ulcère, c'est moins le virus plus ou moins hypothétique auquel on le rattache, que les circonstances anatomiques de la région cutanée où il se montre. Il faudra donc ici encore prendre en considération le degré d'élasticité de la peau, la laxité ou la densité du tissu cellulaire, la dépression ou la convexité de la surface, l'énergie de la tension musculaire. En appliquant les données qui découlent de l'étude combinée de ces causes, on peut arriver à s'expliquer les formes variables des ulcères de même nature, selon qu'elles siégent sur des parties où se réunissent en proportion inégale les quatre conditions régulatrices que nous avons énumérées; un induction minutieuse fera rejaillir aussi quelque lumière sur la configuration des cicatrices, mais ces rapprochements seront difficiles. En somme, *hésitation* et *doute :* l'expert devra user d'une grande réserve dans l'examen de cicatrices qui lui paraîtront se rattacher à des causes morbides internes; il devra se borner le plus souvent à les distinguer de celles qui résultent des violences extérieures. Quelques-unes seulement autorisent par leur aspect ou leur situation, des présomptions étiologiques; des cicatrices qui ont leur siége aux régions inguinales, entraînent une probabilité d'origine vénérienne, mais comment affirmer qu'elles ne puissent provenir d'un simple abcès? Les cicatrices, stigmates de l'affection scrofuleuse, ne sont pas sans quelque analogie avec celles qui résultent des plaies d'armes à feu; cependant leur situation au voisinage du cou, sous la mâchoire, sur le trajet de la parotide, surtout la coexistence de quelque engorgement glandulaire sur un autre point, fortifient la présomption d'origine scrofuleuse. S'il s'y joint un état froncé et plissé de la peau avec proéminence des bords, la présomption se convertit en presque certitude. La situation d'une cicatrice rayonnée au sacrum, avec adhérence et rougeur du tissu de nouvelle génération, permet de l'attribuer à l'une de ces ulcérations gangréneuses que le décubitus dorsal prolongé et l'influence *profondément* délétère des maladies typhoïdes, développent si fréquemment. Quant aux cicatrices de naissance, elles offrent le plus souvent des signes particuliers qui les font reconnaître.

§ II. A QUELLE PROFONDEUR A PÉNÉTRÉ LA SOLUTION DE CONTINUITÉ REPRÉSENTÉE PAR LA CICATRICE?

La solution de ce problème ne peut être poursuivie que dans le cas de décès, quand la dissection des parties peut être entreprise, ou dans le cas de cicatrisation incomplète avec fistule; encore sera-t-il fort difficile d'apprécier par cette voie d'exploration l'étendue de la cicatrisation et celle de la plaie. En définitive, la question qui est l'objet de ce paragraphe n'est complétement éclaircie que par l'autopsie; alors seulement le scalpel suivra à travers les couches successives des tissus les traces de la cicatrisation, et l'on se formera une juste idée de la gravité des lésions qui ont provoqué les efforts réparateurs de la force plastique. Il est donc important que le médecin légiste sache comment la cicatrisation se comporte dans les différents tissus de l'économie; c'est là un sujet d'étude à la fois utile et curieux, et qui appartient plus à la physiologie pathologique qu'au domaine de la médecine politique. Aussi nous contenterons-nous d'en esquisser brièvement les points principaux.

On a longtemps pensé que certaines parties de l'organisme n'étaient pas susceptibles de se cicatriser; l'observation a fait justice de cette erreur; la nature aurait-elle refusé à certaines parties de l'économie la faculté de se réparer, et aurait-elle institué la mort au sein de la vie? Il est inutile de revenir ici sur les cicatrices cutanées dont nous avons signalé les principaux traits en parlant des brûlures. Dans ce tissu, doué d'une grande vitalité, la cicatrisation est rapide; il en est de même du *tissu muqueux*. Les phénomènes de cicatrisation qui se passent dans le *tissu séreux*, sont aujourd'hui parfaitement connus; c'est par l'adhésion de leurs faces contiguës que les tuniques séreuses remédient à leurs solutions de continuité, et c'est au moyen d'une exsudation plastique, produit d'une épiphlogose (Lobstein) que s'opère cette agglutination salutaire. Quand donc une cicatrice, attribuée à une plaie pénétrante du thorax, aura pu être suivie dans l'épaisseur de la paroi thoracique et correspondra exactement à une adhérence *costo-pulmonaire* circonscrite dont l'organisation sera en rapport d'ancienneté avec celle de la cicatrice thoracique, il sera permis d'en déduire l'existence antérieure d'une blessure pénétrante de la poitrine. Le *tissu cellulaire*, doublure de la peau et des autres organes, est en quelque sorte l'instrument des adhérences de *cicatrices;* celles-ci présentent en effet ce phénomène toutes les fois que le tissu cellulaire a été intéressé dans la lésion. D'après M. Bellemain, les *fibre musculaires*, sont moins divisées dans les couche profondes de la peau que dans les couches superfi-

Digitized by Google

cielles. Nous avons supposé jusqu'à présent une incision simple et en droite ligne; que si on la rend *courbe* elle conservera cette direction, si dans cette même région les incisions droites se maintiennent linéaires; les conditions locales sont-elles inverses, la ligne se convertit en *croissant*. La tension plus ou moins énergique et dans des sens différents fait varier la courbe, tend à la redresser, si elle s'exerce dans le sens de sa corde, et élargit le croissant, si elle se fait dans le sens transversal. Les mêmes lois président à la cicatrisation des plaies par instrument tranchant, *avec perte de substance*, sauf les modifications que leur impriment cette dernière et les soins de pansement. Quand les simples incisions *linéaires* ont une tendance à devenir *elliptiques*, les plaies avec perte de substance s'arrondissent. Quand les incisions simples restent *linéaires*, les plaies avec perte de substance renversent aussi leur forme primitive. Ainsi, une forte tension de la peau imprime aux unes la direction elliptique, et efface les angles d'une plaie triangulaire avec destruction de tissu, jusqu'à l'arrondir. C'est cette influence que l'art cherche à neutraliser; c'est cette tendance des plaies à se déformer, que les pansements méthodiques ont pour but de corriger. L'art s'efforce de ramener toutes les solutions de continuité à la forme *linéaire* qui en favorise le mieux la prompte guérison; et cette intervention bienfaisante pour le malade, crée des difficultés et des causes d'erreur pour l'expert dans l'appréciation de la configuration des cicatrices. Les données qui précèdent aideront néanmoins à remonter à la physionomie primitive des blessures, il est facile de les appliquer à celles qui sont le produit d'incisions composées; les mêmes principes déterminent l'altération ou le maintien de leur figure *primitive*.

Les solutions de continuité accidentelles et dues à l'action des corps tranchants, peuvent affecter les formes les plus diverses et les plus irrégulières, mais quelle que soit la variété des désordres produits, l'analyse peut toujours les ramener à un certain nombre de lignes composées, à une figure *régulière* qui se rapprochera plus ou moins, soit de l'incision en V, soit de celle en T, etc.

Etant donnée une lésion de cette dernière figure, on voit tout de suite que la peau, si elle n'a été tendue que dans un sens, toutes les parties de l'incision composée qui lui sont parallèles, affecteront la direction linéaire, et qu'au contraire, celles qui lui sont perpendiculaires tendront à la forme elliptique ou circulaire. La forme de la surface elle-même, distincte des lignes de cicatrisation, fournit aussi des considérations importantes. La cicatrice n'offre presque pas d'étendue en surface, quand les lèvres de la plaie ont été exactement affrontées et se sont étroitement réunies par première intention; il n'existe alors qu'une cicatrice *linéaire* qui disparaît entièrement avec le temps, si la peau n'a pas été divisée dans toute son épaisseur, et qui, même alors que l'instrument tranchant a pénétré profondément, ne se dénote *parfois que vue de très-près*. Mais si l'instrument tranchant a porté sur le corps dans une direction horizontale ou sous un angle très-aigu, si les parties ont été *détruites* par une longue suppuration, par la gangrène, etc., si on a négligé d'opérer immédiatement la réunion immédiate, si les bords de la plaie se sont renversés, etc., il y a eu perte de substance, il existe une surface de nouvelle formation, une surface traumatique, reconnaissable à des caractères qui peuvent varier, mais qui établissent néanmoins une notable différence entre elle et la peau *ambiante*.

Delpech, qui a étudié avec tant de soin le tissu des cicatrices, en a tracé de main de maître la description générale : ce tissu est manifestement fibreux; les fibres en sont d'un blanc mat, sans teinte rouge ni jaune, et ne ressemblent nullement aux muscles des mammifères, ni des oiseaux. Il n'a pas l'éclat des fibres des aponévroses, ni le satiné de celles du tendon; mais il a toute la densité de ces mêmes tissus, quoique les fibres ne soient pas disposées dans un ordre aussi régulier, ni autant pressées les unes contre les autres; elles ne ressemblent, ni par leur couleur, ni par leur élasticité, aux tissus des ligaments jaunes; elles ont encore moins de ressemblance avec les ligaments élastiques de l'aile des oiseaux grands voiliers. Elles ont beaucoup plus de consistance que le tissu fibreux de la seconde tunique des artères, car elles résistent fortement à la distension, et la pression perpendiculaire ne les écrase pas comme le fait si aisément une ligature serrée circulairement autour d'un vaisseau artériel. Pour l'aspect, ce tissu, de nouvelle formation, a de la ressemblance avec les muscles de certains reptiles, ceux des batraciens par exemple; pour la consistance, la densité, il peut être comparé aux ligaments articulaires les plus forts; mais les fibres en sont disposées dans tous les sens. Ces mêmes fibres sont très-peu extensibles et ne gardent jamais l'allongement que l'extension leur a fait subir. Elles sont, en outre, douées d'une force de contraction, ou plutôt de rétraction, qui n'obéit pas à la volonté, qui s'exerce d'une manière lente, mais constante, et qui n'a de terme que celui que peut lui opposer une résistance mécanique aussi puissante qu'elle.

Nous donnerons plus bas, quand nous traiterons des cicatrices situées à différentes profondeurs, l'ensemble des caractères propres à celles de la peau; mais relevons par anticipation une erreur commise involontairement, sans doute, par M. Devergie, qui affirme (*op. cit.* p. 202), que la cicatrice ne peut ni s'injecter, ni rougir, n'étant pas douée d'un ré-

Digitized by Google

seau vasculaire spécial qui corresponde au corps réticulaire. M. Devergie ne peut ignorer en effet qu'il s'y développe un réseau vasculaire accidentel, à ramifications très-déliées, plus ou moins rapprochées, et qui donne aux surfaces traumatiques diverses nuances de coloration. La dépression ou la saillie des cicatrices, l'angle que forme leur plan avec celui de la peau, est une circonstance qui éclaire le diagnostic médico-légal. L'espèce de disque qu'elles représentent et dont les bords de la cicatrice composent la ceinture, sert à évaluer l'étendue de la solution de continuité; mais il ne faut pas oublier que celle-ci a toujours été *plus grande que la cicatrice*. Quand la plaie, résultat d'un instrument tranchant, a été simple et sans déperdition de tissu, la forme linéaire de la cicatrice permettra de remonter à son origine; les considérations que nous avons développées plus haut, aideront à l'explication des figures ou directions variables que peut affecter la cicatrice linéaire. Quand la solution de continuité a eu lieu avec perte de substance, et qu'on a procédé immédiatement à la réunion de ses bords, même aspect de la cicatrice, même facilité de la reconnaître. Il n'en est plus de même, si les bords sont restés séparés par un intervalle, siége d'un travail pyogénique; la surface traumatique pourra se rapporter aussi bien à l'action d'un corps contondant qu'à celle d'un instrument tranchant. On remarquera toutefois, si les bords de la cicatrice sont nettement tranchés, si le disque qu'elle présente offre une surface égale ou accidentée.

S'agit-il d'une cicatrice récente, l'absence d'infiltration sanguine autour de ses lèvres sera une présomption favorable à l'action d'un instrument tranchant, etc., etc.

Contusions, plaies contuses. — La simple contusion, sans entamure de la peau, ne donne pas lieu à une cicatrice; les traces qu'elle laisse après elle ne sont plus constatables après un laps de *quinze* à *vingt* jours. Avant ce terme, elle se dénonce à l'observateur par des dégradations successives de coloration sanguine que nous n'avons pas à *décrire ici*. La contusion profonde peut se déceler encore au delà du trentième jour, et quelquefois jusqu'à la fin du deuxième mois par les dernières nuances de l'ecchymose. Dans cette catégorie se rangent les contusions accompagnées de déchirure des parties profondément situées, et sans autre lésion apercevable à l'extérieur que la coloration fugitive de la peau. Si la mort succède promptement à l'accident, le travail de cicatrisation interne n'a pas commencé; si la guérison a lieu, quelle qu'en soit la lenteur, point d'exploration profonde à faire dans un but d'expertise. Mais il peut arriver que la mort ne survienne qu'après de longues souffrances; et, après les premières lueurs d'une guérison possible, mais non réalisée, il peut arriver qu'une maladie intercurrente, un écart de régime, une émotion morale enlève le blessé au moment de la convalescence; l'autopsie juridique exige alors une étude attentive du travail d'une cicatrisation commencée ou presque achevée, et c'est à titre de cicatrices *splanchniques* qu'il convient d'étudier les productions plastiques qui déterminent les adhérences pleurétiques, péritonéales, dans le cours d'une péritonite, d'une pleurite, résultats de contusion. La sagacité du médecin légiste se déploie moins dans les généralités de la science que dans la multiplicité des cas individuels où son ministère est invoqué.

Supposons une contusion profonde, suivie d'accidents graves, qui finissent par se dissiper, le blessé paraît guéri; bientôt d'autres symptômes éclatent, il meurt; la partie civile impute la mort à la cause des premiers accidents; mais l'autopsie, tout en confirmant leur gravité passée, démontre aussi que les lésions qui les avaient occasionnées étaient guéries à l'époque où le nouveau groupe de symptômes a fait explosion. C'est au médecin alors à faire valoir, avec l'autorité de la conviction, les inductions positives que lui suscite la connaissance exacte des phénomènes et des effets consécutifs de la cicatrisation; c'est à lui qu'il appartient d'opposer aux clameurs de l'intérêt, l'argumentation des faits *anatomo-physiologiques*. Quant aux solutions de continuité que les corps contondants font à la peau, les cicatrices qui en résultent ont la plus grande analogie avec celles des plaies par instrument tranchant avec destruction de tissu. Celles qui sont récentes permettent de reconnaître que les bords ont été plutôt déchirés que tranchés; leur surface se rapproche plus fréquemment du cercle parfait que celle des plaies simples; les bords qui la délimitent sont plus élevés et plus portés en dehors, double circonstance qui s'explique par la tuméfaction consécutive à la contusion, et qui est plus considérable que dans le cas de section des parties par les corps tranchants : ajoutons que la forme des plaies contuses est plus stable que celles de plaies simples, par conséquent, les cicatrices traduisent plus exactement la figure et l'étendue primitive de la lésion. En effet, les tractions les plus énergiques et les plus soutenues influent à peine sur la forme des plaies contuses, et l'on sait, en chirurgie, combien il serait difficile d'en rapprocher les bords, s'il y avait indication à le tenter.

Plaies par instrument piquant.—De même que le mode d'action des corps piquants se rapproche à-la-fois et de celui des instruments tranchants et de celui des instruments contondants : ainsi les plaies qu'ils produisent ont de l'analogie, quant à leur forme, avec celles que produisent ces deux classes d'agents vulnérants; elles dénotent bien un peu la

Digitized by Google

figure de l'instrument qui les a faites, mais elles tendent à s'arrondir ou à s'allonger dans le sens de leur plus grande tension. La cicatrice, ou ses bords, sont le siége d'un boursouflement plus ou moins marqué, par ses prolongements en diverses directions et les irrégularités du trajet suivi par l'instrument peuvent être constatées. Les cicatrices étant toujours plus petites que les plaies, dans ce genre de blessure moins que dans les autres, elles ne représentent presque jamais la dimension du corps vulnérant qui agit en perforant et en écartant les fibres, qui ne tardent pas à revenir sur elles-mêmes après l'extraction de l'instrument ; l'expertise devra donc supposer à ces armes un diamètre supérieur, non à celui de la cicatrice, mais au diamètre de la plaie que celle-ci représente. Il importe, dans l'examen de ces cicatrices, de se rappeler les différences d'action de ceux-ci, selon qu'ils sont portés sur telle ou telle région du corps, au point qu'il serait impossible de préjuger la forme de l'instrument d'après leur inspection si l'on ne connaissait ces particularités. Les expériences de MM. Dupuytren et Filhos ont beaucoup servi, sous ce rapport, la médecine légale ; mais les résultats fournis par l'emploi des poinçons cylindriques ne sont pas les seuls qui doivent fixer notre attention. D'après M. Bellemain, *les fibres musculaires divisées* se soudent si étroitement qu'il est impossible de retrouver, à l'aide même de la loupe, la trace de leur lésion ; ce résultat s'est reproduit dans toutes les expériences qu'il a tentées sur les animaux quoiqu'il ait coupé transversalement les fibres musculaires. Néanmoins, il est d'observation que, quoique doués d'une forte somme de vitalité, les muscles, en raison de leurs contractions sans cesse répétées, se cicatrisent lentement après une section, et leur réunion n'est presque *jamais linéaire :* à cette même condition défavorable se joint dans les *tendons* celle qui provient de leur peu de vitalité ; même observation quant aux tissus fibreux, ligamenteux, aponévrotique. M. Sanson a fait connaître la consolidation des *fibro-cartilages* ; Lobstein et Béclard ont mis hors de doute l'adhésion des cartilages. Le *tissu nerveux,* entamé par un instrument vulnérant, mais non divisé dans toute son épaisseur, se cicatrice et se réunit comme les autres tissus élémentaires, mais la cicatrice est-elle *nerveuse ?* Les faits physiologiques semblent résoudre affirmativement la question, car la transmission du mouvement et de la sensibilité n'est pas compromise. Les expériences faites par M. Descot, sous les yeux de Béclard, confirment aussi cette opinion ; il n'en est plus de même d'après M. Sédillot, quand le nerf a été excisé, les fonctions conductrices du sentiment et du mouvement restant abolies. Dupuytren avait dit, au sujet de la possibilité de la réunion des nerfs entièrement divisés : « J'ai vu deux fois le nerf radial coupé par un instrument tranchant ; la sensibilité et le mouvement revinrent au bout de deux ans ; mais, en ce cas, la division était simple et sans perte de substance. On sait qu'il y a alors dans les nerfs une grande disposition à chevaucher, et on conçoit que le sentiment et le mouvement puissent se propager par la cicatrice. Dans le cas de plaies d'armes à feu, bien que je ne connaisse aucun fait qui prouve cette possibilité, je n'affirme cependant pas qu'il ne puisse s'en rencontrer. » Il découle de là des règles de conduite pour le médecin expert. S'agit-il d'apprécier les effets permanents d'une cicatrice qui paraît intéresser les principaux nerfs d'un membre actuellement paralysé ou qui ne jouit que d'une manière incomplète du sentiment et du mouvement, il ne devra prononcer qu'avec réserve et ajourner au besoin sa décision, la transmission de ces deux facultés du tissu nerveux pouvant se rétablir plus tard. Quant aux vaisseaux artériels et veineux, les expériences de Jones et de Béclard et les phénomènes qui suivent la phlébite, constatent ce mode d'adhésion de ces vaisseaux ; même mécanisme pour la cicatrisation des vaisseaux lymphatiques.

La série de phénomènes qui marque la cicatrisation des parties molles se passe aussi dans celle du *système osseux :* une lame osseuse détachée par une cause vulnérante, et entrant dans la composition d'un lambeau, se cicatrice parfaitement. Le cal est une *cicatrice :* ce n'est pas ici le lieu de rappeler les théories successivement émises par Halles, Bordenave, Callisen, Bichat, etc., etc. On sait que les différences qui existent entre les interprétations données par les auteurs proviennent de ce que la plupart d'entre eux n'ont fixé leur attention que sur une partie des phénomènes de la cicatrisation, et que l'observation prolongée de cet acte réparateur, qui se compose de plusieurs séries de faits, et qui peut durer au delà d'une année, conduit à concilier les vues dissidentes de ces écrivains et à les admettre comme autant d'aperçus fondés, mais partiels. C'est à Dupuytren qu'appartient le mérite d'avoir à-peu-près fixé les opinions sur l'histoire du cal ; les travaux de Breschet n'ont fait que les sanctionner. Si nous confondons ici ces noms, c'est que la distinction établie par Dupuytren, du cal *en provisoire et en définitif,* est de la plus haute importance pour le médecin légiste, comme aussi les recherches de M. Breschet et de M. Villermé lui permettent de préciser l'époque d'une fracture et la période de la consolidation.

Avant de quitter ce sujet, rappelons une circonstance essentielle dans l'investigation du trajet et de la profondeur des cicatrices, à savoir, que les tissus élémentaires qui entrent dans la composition d'une cicatrice, perdent avant d'y plonger, leur structure

distincte, et ne forment ensemble qu'une masse homogène de nature fibreuse : disposition surtout remarquable pour les nerfs, les muscles, les vaisseaux, etc., qui concourent à former les moignons des membres, à la suite des amputations.

§ III. Dans quelle position la solution de continuité, représentée par la cicatrice, a-t-elle été produite?

Cette question ne peut se résoudre que par des expériences et par des inductions. Les premières sont à instituer *ex professo* pour un cas donné, les secondes sont jusqu'à un certain point les mêmes que dans les cas de blessures. La situation des cicatrices sur la région antérieure, postérieure ou latérale du corps, leur nombre, leur direction, leur profondeur, voilà, avec quelques données fournies par la constitution, la stature, l'âge et la force du sujet, les circonstances que doit interroger la sagacité de l'expert, pour arriver à un résultat qui, le plus souvent, il faut bien le dire, n'atteindra qu'un degré de probabilité plus ou moins contestable.

§ IV. A quelle époque remonte la cicatrice présentée?

Deux cas peuvent s'offrir à l'expert, ou la cicatrice est entièrement achevée et accuse même une certaine ancienneté, ou elle est encore incomplète et parvenue seulement à une période avancée de sa formation. Quoi qu'il en soit, l'histoire des phases de la cicatrisation et la notion des circonstances qui influent sur sa marche, doivent fournir à l'expert la solution de la question. Ce qui influe le plus notablement sur la durée de la cicatrisation, c'est le mode de réunion ; c'est aussi là ce qu'il faut vérifier d'abord. Peu de jours suffisent pour opérer la réunion immédiate des plaies simples, celles qui n'ont guéri que par adhésion secondaire et qui ont été abandonnées aux chances de la suppuration, exigent un temps plus ou moins considérable, suivant une foule de circonstances que nous signalerons brièvement. En général, le degré d'organisation d'une cicatrice sert à mesurer son ancienneté ; rosées, frêles, sensibles au toucher, recouvertes de croûtes, les cicatrices sont évidemment récentes ; elles deviennent progressivement lisses, blanches, moins sensibles, etc. Mais il est impossible de déterminer d'une manière précise le temps nécessaire pour que ces changements s'accomplissent. On sait d'ailleurs que beaucoup de cicatrices deviennent rouges ou violacées par l'impression du froid ; nonobstant leur ancienneté, d'autres restent toujours minces et toujours prêtes à se r'ouvrir, comme chez les scorbutiques, sans qu'il soit possible de conclure d'après ces différences d'aspect, qu'elles sont anciennes ou récentes. Il n'en est pas de même des cicatrices du tissu osseux ; les travaux que nous avons mentionnés permettent d'assigner une durée presque rigoureuse aux phases successives de la consolidation des os ; MM. Villermé et Breschet les ont rapportées à cinq périodes, caractérisées chacune par des phénomènes distincts ; la première période dure du moment de l'accident au huitième ou dixième jour, la deuxième période s'étend du douzième au vingt-cinquième jour, la troisième du vingt-cinquième au trentième, quarantième, cinquantième jour, suivant les conditions individuelles d'âge et de santé ; c'est dans cette période seulement que la tumeur devient entièrement osseuse. La formation du cal définitif s'achève dans la quatrième qui peut s'étendre au delà du huitième mois ; dans la cinquième, s'opère par degrés la disparition du cal provisoire, phénomène ordinairement consommé au bout d'un an. Les auteurs auxquels nous empruntons cette division du temps nécessaire à la cicatrisation des os, assignent à chacune de ces périodes, un groupe de caractères anatomiques qui ne doivent pas trouver place ici, puisque nous devons les supposer connus du lecteur.

Le travail de la cicatrisation, cause d'une incapacité temporaire de travail ou d'une infirmité irrémédiable, peut avoir été retardé ou vicié par une foule de circonstances dont la connaissance importe au médecin légiste. Ces circonstances sont hygiéniques ou pathologiques. Bornons-nous à une rapide énumération. 1° Circonstances hygiéniques : le tempérament lymphatique, un tempérament très-irritable, une constitution faible, épuisée, sont des conditions fâcheuses pour la cicatrisation ; il est même des individus chez qui ce travail s'accomplit difficilement, sans qu'on puisse en accuser un tempérament déterminé ; l'âge avancé est au nombre des causes qui retardent le plus la formation du tissu réparateur ; qui ne sait avec quelle difficulté les fractures se consolident à cette époque de la vie? et combien la suppuration des parties molles en épuise promptement les forces? L'abus des fonctions génitales, les irrégularités de la menstruation, les exercices immodérés ou tentés prématurément, certaines constitutions atmosphériques, l'insalubrité des habitations, l'influence d'un régime peu approprié à l'état du sujet, les émotions véhémentes, la vive susceptibilité d'esprit, les atteintes de mélancolie, etc., ce sont là autant de conditions qui agiront sur le travail existant sur un point de l'organisme pour combler une solution de continuité ; 2° *circonstances pathologiques*, A *générales :* l'hyperesthésie ou le développement excessif de la sensibilité, une tendance fluxionnaire vague, mais forcée sur le lieu de la cicatrisation par le travail même qui s'y fait, l'as-

Digitized by Google

thénie générale, la diathèse hémorrhagique cancéreuse, l'affection rhumatismale, les dartres, la syphilis, la pourriture d'hôpital, etc., etc. B. *locales :* la netteté des bords de la solution de continuité, l'emploi de la réunion immédiate, l'immobilité des parties, l'absence de corps étrangers insérés dans la plaie ou interposés entre ses bords, sont autant de conditions favorables à la marche de la cicatrisation. Aux circonstances inverses qui la contrarient, il faut joindre l'inoculation d'une matière virulente, virus rabicique, vénérien, etc., la douleur locale, les hémorrhagies, l'inflammation des lèvres de la solution de continuité. Outre ces causes, il en est quelques-unes qui ressortent de la physiologie; ainsi le degré de vitalité du tissu lésé, la nature des fonctions dévolues à l'organe intéressé; aussi les plaies de la face guérissent plus vite que celles des autres régions, un organe aussi mobile que le tube digestif est dans des conditions qui compromettent sans cesse la réunion des bords de la plaie; les cicatrices se forment plus lentement aux extrémités inférieures, etc., etc.

§ V. A QUELS CARACTÈRES DISTINGUER LES CICATRICES CHIRURGICALES, DE CELLES FORMÉES SPONTANÉMENT, OU SURVENUES A LA SUITE DE BLESSURES.

Nous avons tracé plus haut les caractères qui différencient les cicatrices provenant des diverses espèces de solutions de continuité, en les examinant quant à leur cause productrice. Nous n'avons donc pas à y revenir ici, ajoutons seulement que les cicatrices résultant des opérations chirurgicales, n'offrent point de signes particuliers qui puissent les faire distinguer des cicatrices accidentelles. La régularité des lignes de cicatrisation n'est qu'un indice douteux de leur origine, et comme toutes les parties du corps peuvent être le siége d'une opération, on ne tirera aucune lumière de leur situation. C'est donc à un autre ordre de renseignements que l'expert, de concert avec le magistrat, devra recourir; et, si le sujet de l'enquête est vivant, l'interrogatoire, s'il est mort, la notoriété publique, pourront seuls éclairer la justice sur l'origine de la cicatrice litigieuse.

§ VI. DES CICATRICES EU ÉGARD A L'INTÉGRITÉ DES FONCTIONS DES PARTIES QUI EN SONT LE SIÉGE.

Les cicatrices influent par le fait seul de leur existence, 1° sur les fonctions de l'organe qui en est le siége (locales), 2° sur l'ensemble de la constitution, par la gène habituelle d'une fonction importante et les effets sympathiques qui en résultent (générales), 3° elles entraînent des conséquences *spéciales* selon la profession du blessé ou certaines circonstances individuelles. Une cicatrice, adhérente au bras gauche, pourra ne pas apporter de grandes entraves au travail d'un individu habitué à se servir de la main droite, tandis qu'elle pourra devenir fatale à la profession d'un gaucher. Les diverses industries mettant en jeu particulièrement tel ou tel membre, les traces d'une lésion antérieure n'occasionneront pas un égal dommage, si elles portent sur le même organe chez plusieurs individus de profession différente. L'expert devra donc apprécier les suites d'une cicatrice sous ces trois points de vue distincts; il dira le détriment qu'elle apporte à l'activité de l'organe, l'influence qu'elle peut avoir à la longue sur la santé générale; il en fera ressortir les suites, quant à la position sociale du plaignant. La gravité des cicatrices se mesure sur l'importance de l'organe qu'elles affectent, sur leur étendue, sur leur solidité, sur leur adhérence ou leur libre glissement sur les tissus sous-jacents, sur leur profondeur; un autre ordre de considération d'un autre poids, mais que le médecin légiste doit apprécier, se fonde sur les difformités qui succèdent au travail de cicatrisation. *Curables*, elles condamnent celui qui en est porteur aux chances ou du moins aux douleurs d'une opération; *irremédiables*, elles constituent un légitime motif de dommages intérêts, et entraînent des immunités civiles, etc. Les cicatrices qui s'accompagnent le plus ordinairement de difformités, sont celles qui résultent des brûlures profondes ou étendues. On peut voir dans le t. II, p. 27, des Leçons cliniques de Dupuytren, les cas variés ou bizarres qui se sont offerts à l'observation de ce grand maître, à la suite de brûlures avec pertes de substances. Des déformations monstrueuses sont le résultat d'adhérences anormales qui se forment entre des surfaces contiguës ou par la rétraction des tissus. Les vices de consolidation ne sont pas rares non plus dans les fractures; le médecin légiste n'oubliera pas que ces cals défectueux ne peuvent être redressés, corrigés par les soins de l'art, que dans une certaine limite de temps, et qu'une fois le cal définitif établi, toute tentative, pour remédier à la difformité, devient inutile. Les cicatrices cutanées adhérentes, pour peu qu'elles déterminent la gène des mouvements des extrémités inférieures ou supérieures, etc., sont des motifs de réforme. L'influence éloignée des cicatrices ne doit pas échapper à l'analyse du médecin légiste; celle d'une plaie pénétrante de l'abdomen ou du thorax, quoique complète, constitue une sorte d'imminence constante d'affection des viscères contenus dans ces cavités; quant à celle qui s'accompagne de fistule, elle peut, à bon droit, être considérée comme une maladie permanente, susceptible même d'entraîner la mort: telle en est d'ailleurs l'évidence de ces faits, que nous n'insisterons pas plus longtemps sur ce sujet,

Digitized by Google

laissant à la sagacité et à la réflexion du lecteur le soin de suppléer à notre laconisme.

§ VII. Examen médico-légal des cicatrices.

Lorsqu'on est appelé à procéder à l'examen médico-légal d'une cicatrice sur une personne vivante, il faut avoir soin d'en noter exactement le siége, les dimensions, l'aspect, la forme, la coloration, le degré d'organisation; on s'assurera, par de légères tractions, si elle est adhérente aux tissus sous-jacents; on décrira l'état des parties ambiantes, et l'on constatera s'il existe des indurations plus ou moins étendues aux environs de la cicatrice, si l'organe qui en est le siége présente des dilatations variqueuses des veines, s'il est œdémateux sur quelques points, ou s'il est sujet à s'infiltrer à la suite d'une marche ou d'une position prolongée; on fera ensuite exécuter au membre, si la cicatrice réside sur une des extrémités thoraciques ou pelviennes, différents mouvements; on lui imprimera avec mesure et souplesse certaines attitudes, dans le but d'apprécier le degré de gène fonctionnelle qui résulte de l'existence d'une cicatrice. Celle-ci est-elle fistuleuse, une sonde pourra être introduite dans l'ouverture. L'examen de l'état général du sujet, la recherche des antécédents, compléteront l'enquête. Que si elle a lieu sur le cadavre, la cicatrice pourra être étudiée dans les couches successives qui la composent, et le scalpel la suivra dans son trajet. Les règles, dans ce cas, ne diffèrent pas alors de celles prescrites pour l'examen médico-légal des blessures; mêmes précautions, même dissection.

Ann. d'hygiène et de méd. légale.—Avril 1840.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

—

Séance du 7 avril.

Observation sur un cas d'anévrysme de l'aorte descendante.

M. Chervin lit sous ce titre une observation communiquée à l'Académie par M. Follet, médecin en chef de l'hôpital de la marine de Saint-Denis (Ile Bourbon), l'un de ses correspondants. Cette observation est remarquable par l'étendue de la tumeur anévrysmale, la rapidité de ses progrès et les désordres anatomiques qui l'ont suivie. La tumeur envahissait tout le côté droit du thorax; elle s'étendait depuis la clavicule jusqu'à la deuxième côte asternale de haut en bas, et de dedans en dehors du sternum au niveau de l'angle des côtes. Le cœur était ramolli, aminci et réduit de volume. Le poumon droit en grande partie caché par la tumeur, refoulé dans la partie postérieure de la poitrine, était extrêmement aminci et réduit à un très-petit volume et complétement hépatisé. On avait fait usage du traitement de Valsalva, ce qui n'empêcha pas la maladie de faire des progrès extrêmement rapides; la tumeur acquit en neuf mois le volume qu'elle avait au moment de la mort, à dater du moment où le malade en accusa les premières atteintes. La maladie devait remonter sans doute à une époque plus éloignée. Le malade succomba subitement à la rupture brusque de cette tumeur.

Remède contre la goutte et le rhumatisme. (Rapport officiel.)

M. Dubois (d'Amiens), rapporteur; Le sieur Boubée, pharmacien à Auch, a demandé au ministre du commerce un brevet d'invention pour un remède qu'il dit avoir employé avec succès contre la goutte et le rhumatisme. Ce remède est un composé de salsepareille, de jalap, de moutarde, etc. Le ministre en appelle à l'Académie sur la question de savoir si le remède proposé mérite son approbation et s'il y a lieu de lui appliquer le bénéfice de la loi sur les brevets d'invention. M. Boubée joint à sa demande l'énumération des titres et honneurs que lui ont valus, dans sa ville natale, les succès obtenus par son remède, le tout accompagné d'une liasse de lettres qui proclament ces succès.

Le rapporteur conclut à ce qu'on réponde qu'il n'y a pas lieu d'accorder le brevet demandé, se fondant sur la double considération, 1° qu'il n'y a point découverte; 2° que le remède proposé est nuisible.

M. Loiseleur des Longchamps rappelle à l'Académie que la commission des remèdes secrets a déjà rejeté une demande du même genre, faite par ce même pharmacien.

M. Bouley demande qu'on ajoute aux conclusions qu'il n'y a point lieu, d'ailleurs, d'appliquer la loi sur les brevets d'invention aux remèdes secrets.

M. Moreau veut qu'on recommande l'inventeur au procureur du roi.

. Après cette courte discussion, le rapport est adopté avec les modifications proposées.

M. Renault (d'Alfort) obtient un tour de faveur pour communiquer à l'Académie un travail, dont il lit les conclusions, sur la gangrène à la suite des opérations pratiquées sur les chevaux.

M. Gautier de Claubry présente à l'Académie un jeune enfant, sur lequel M. Robert a pratiqué avec succès la trachéotomie, pour une affection croupale.

Gazette Médicale. — Avril 1840.

Digitized by Google

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

—

SÉANCE DU 13 AVRIL.

Sur la rétraction active des ligaments comme cause de difformités articulaires, et sur la section sous-cutanée des ligaments rétractés, pour remédier à ces difformités.

M. le docteur Jules Guérin adresse les conclusions suivantes d'un mémoire sur ce sujet.

1° Les ligaments peuvent, comme les muscles, être atteints de rétraction active; cette rétraction, comme celle des muscles, tient à une affection des nerfs qui les desservent, et le raccourcissement qu'ils présentent provient, comme celui des muscles rétractés, de deux sources: d'un retrait immédiat, espèce de contracture spontanée, et d'un arrêt de développement consécutif appréciable par une inégalité de croissance entre les ligaments rétractés et les portions du squelette auxquelles ils s'insèrent.

2° Les ligaments rétractés peuvent constituer à eux seuls des causes primitives de difformités permanentes; la déviation essentielle des genoux en dedans, produite par la rétraction des ligaments latéraux externes et la portion correspondante du *fascia lata*, en offre un bel exemple; ou bien ils ne sont que des agents auxiliaires de production des difformités, comme dans certains pieds-bots compliqués. Dans l'un et l'autre cas, les caractères spécifiques de la déformation sont représentatifs de l'action isolée, ou auxiliaires de ce nouvel élément.

3° Il existe un état particulier des ligaments et des capsules articulaires correspondant à la paralysie des muscles: cet état, caractérisé par un relâchement considérable des éléments fibreux de l'articulation, est le produit de l'affection des nerfs qui s'y distribuent; et les circonstances où ce relâchement se rencontre sont précisément celles où l'affection nerveuse a produit la paralysie des muscles environnants.

4° La section sous-cutanée des ligaments rétractés doit intervenir dans le traitement des difformités qu'ils réalisent, ou concourent à réaliser, au même titre que la section des muscles rétractés; et cette opération peut et doit être partiquée par les méthodes et procédés établis pour la section des tendons et des muscles. J'ai pratiqué déjà un grand nombre de fois publiquement cette opération avec un plein succès à l'hôpital des Enfants, notamment la section *des ligaments latéraux externes du genou*, pour remédier à la déviation essentielle de cette articulation, et la section *des ligaments péronéo-tarsiens antérieur, moyen et postérieur; du ligament deltoïde de la malléole interne; des ligaments supérieur et latéral astragalo-scaphoïdien; et du ligament latéral scapho-cunéiforme*, pour remédier à des pieds-bots compliqués que la ténotomie seule n'avait pu résoudre complétement.

— La société médico-pratique de Paris a mis la question suivante au concours:

« Apprécier l'influence sur l'organisme sain et malade des divers flux sanguins, dont le développement ou la suppression ont été spontanés ou provoqués; déterminer ensuite les lois physiologiques de cette double influence. »

Une médaille d'or de trois cents francs sera accordée au mémoire qui remportera le prix. Les manuscrits devront être envoyés franco, avec le nom de l'auteur scellé, avant le 1er janvier 1841, et adressés au secrétaire-général, M. Lagasquie, place de l'Estrapade, 30.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 18 mars dernier, M. Malgaigne a été nommé chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

—

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. PRIX.

Le procès-verbal de la séance publique, tenue par la société royale de médecine en 1839, sous la présidence de M. le docteur Martin, et le compte-rendu de ses travaux pendant les années 1838 et 1839, rédigé par M. le docteur Vincent Seux, ex-secrétaire-général, viennent de paraître en une brochure format in-8, de 112 pages.

La société propose, pour le concours de 1841, la question suivante:

« Fixer la thérapeutique des maladies des veines. »

En mettant au concours une question qui depuis quelques années attire l'attention des praticiens, la société royale de médecine de Marseille désire que MM. les concurrents:

1° Déterminent autant que possible le traitement à opposer aux diverses maladies des veines, partout où elles sont accessibles à nos moyens thérapeutiques;

2° Qu'ils éclairent ce traitement par la connaissance des divers états pathologiques du système veineux.

3° Enfin qu'ils indiquent les affections consécutives aux maladies des veines et les moyens de les prévenir.

L'auteur du meilleur mémoire recevra une médaille d'or du prix de 300 fr.

Les mémoires devront être adressés, francs de port, à M. le docteur Chargé, secrétaire-général, avant le 1er septembre 1841, place du Lycée, 2.

REVUE MÉDICALE.—Avril 1840.

—

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

MÉMOIRE SUR L'HYDROMÉTRIE;

Par le docteur J.-P. HOEBEKE, membre correspondant de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, des Sociétés de médecine de Gand et d'Anvers, de la Société de Sciences naturelles de Bruges et de la Société médico-chirurgicale de la même ville.

La partie de l'art de guérir dont l'étude particulière est la plus négligée, est, sans contredit, celle qui traite des maladies des femmes; aussi, dans les ouvrages qui s'occupent spécialement de ces affections, et surtout dans ceux des auteurs modernes, voit-on plusieurs maladies particulières au sexe traitées avec légèreté; pour quelques-unes, ils se bornent à en citer le nom, sur d'autres enfin, ils gardent un silence absolu (1). Nous possédons à la vérité, sur quelques maladies auxquelles les femmes seules sont sujettes, des monographies dont le mérite est généralement reconnu; les services que les auteurs de ces ouvrages ont rendus à la science ne peuvent être contestés : mais les lumières qu'ils ont répandues sur quelques unes de ces maladies, montrent encore plus l'obscurité dans laquelle beaucoup d'autres sont restées plongées.

Les réflexions ci-dessus nous sont suggérées par l'occasion que nous avons eue de rencontrer dans l'espace de cinq années, trois cas d'hydrométrie dont deux de la même espèce, mais dont les symptômes présentaient de notables différences; et parce que dans ces cas, nous nous sommes trouvés embarrassés, ainsi que les collègues qui examinèrent ces malades avec nous, pour porter un diagnostic. Convaincu par notre propre expérience, que tout médecin dans une situation semblable, doit se trouver humilié, et qu'il sera naturellement porté à attribuer cette fausse position à un défaut de connaissances, nous avons dans cette idée voulu nous assurer, si les descriptions que les auteurs ont données de cette maladie étaient suffisantes pour nous éclairer sur ce sujet, et nous faire éviter les erreurs dans lesquelles un grand nombre de praticiens sont tombés. Nous nous sommes donc mis à parcourir les traités généraux de pathologie, ainsi que plusieurs ouvrages qui traitent particulièrement des maladies des femmes. Nous avons été surpris de la légèreté avec laquelle la plupart des auteurs modernes ont traité de l'hydrométrie; c'est à peine s'ils y consacrent quelques lignes. Plusieurs même gardent un silence absolu sur cette maladie, qui souvent offre de véritables difficultés dans son diagnostic.

De ce que cette affection se rencontre plus rarement que beaucoup d'autres maladies, s'ensuit-il qu'on doive en négliger l'étude? Il nous semble au contraire, que plus un fait est rare, plus il est nécessaire d'en avoir une connaissance exacte, afin que lorsqu'il vient s'en offrir un à notre examen, nous ne soyons pas pris au dépourvu comme cela n'arrive que trop souvent. En effet, combien de cas ne pourrait-on pas citer où des accoucheurs se sont trouvés en défaut en annonçant une grossesse, le travail de l'enfantement même, à des femmes chez lesquelles, au lieu de recueillir un enfant ils ne rencontraient, après plusieurs jours d'attente, qu'une collection de sérosités plus ou moins abondantes; ce qui les faisait accuser ou d'ignorance ou de négligence dans l'examen de leurs clientes.

Ces méprises bien plus fréquentes qu'on ne le pense généralement, et qui ne dépendent pas toujours des causes auxquelles le public et la jalousie intéressée des confrères l'attribuent, ne sont rien moins que rares : car nous n'avons rencontré que peu de localités où l'on ne citât point d'anecdotes de ce genre. Combien de tels faits, outre le ridi-

(1) S'il est un grand nombre de maladies dont les journaux de médecine s'occupent habituellement, il en est aussi plusieurs dont ils n'ont presque jamais l'occasion de parler. Les hydropisies de la matrice sont dans ce dernier cas; on les laisse aujourd'hui dans un oubli tel que, s'il n'existait quelques ouvrages anciens traitant d'une manière spéciale des maladies des femmes, les élèves en médecine et les jeunes praticiens ignoreraient qu'il existe une maladie de ce nom. (Dubedat fils, *Bulletin de thérapeutique*, tom. 14, pag. 314.)

Digitized by Google

cule dont ils couvrent le praticien qui se méprend (ridicule qui rejaillit sur tout le corps médical) ne leur font-ils par perdre dans l'opinion? Ces erreurs, il est vrai, font bien moins de tort aux malades qu'à l'accoucheur qui a été consulté, car, après l'évacuation de la collection, les femmes reviennent à la santé, ou la maladie est enfin reconnue; mais néanmoins on a bercé pendant plus ou moins longtemps de l'espoir d'être mère, ces femmes qui se voyant déçues dans le plus cher de leurs vœux, en éprouvent une douleur morale qui n'est pas toujours sans danger.

Quoique l'hydrométrie ait été connue des anciens et déjà bien décrite par Hippocrate, le diagnostic de cette maladie ainsi que nous l'avons vérifié nous-même, offre souvent de grandes difficultés; soit que cette maladie en simule d'autres, soit qu'elle puisse en être compliquée, soit par l'absence de ses principaux symptômes qui, comme nous le verrons plus loin, ne sont rien moins que constants.

Il nous a donc semblé utile de recueillir tous les symptômes de cette maladie, d'essayer de faire ressortir ceux qui sont particulièrement caractéristiques de cette affection, de réunir toutes les causes indiquées séparément comme pouvant faire naître l'hydrométrie : afin de donner une description plus complète de cet état pathologique, que celles que l'on trouve dans les différents auteurs. Notre but a été de chercher à faire éviter à nos collègues, et surtout aux jeunes praticiens, les erreurs ou les difficultés de diagnostic que nous avons rencontrées, heureux si nous avons approché du but que nous nous étions proposés, nous croirons avoir fait quelque chose d'utile, quoique nous n'ayons pas de nouvelle théorie à émettre, ni de nouveaux moyens thérapeutiques à proposer.

DE L'HYDROMÉTRIE

L'hydrométrie consiste dans l'accumulation et la rétention d'un liquide séreux, albumineux ou muqueux dans la cavité de l'utérus. C'est donc à tort que plusieurs auteurs, entre autres Franck et Sauvages, ont indiqué comme des cas d'hydrométrie, la distension de l'utérus par du pus, du sang, des menstrues détériorées ou par des lochies arrêtées par suite d'une réfrigération subite. Il existe d'autres dénominations pour désigner ces diverses affections, et nous croyons préférable de réserver celle d'hydrométrie pour indiquer l'accumulation d'un liquide de la nature de ceux que nous venons d'énumérer dans la définition de cette maladie.

D'après cette description, on voit que l'état morbide dont nous nous occupons se range naturellement dans la classe des hydropisies; et, comme nous le verrons plus tard, d'après ses symptômes, c'est parmi les hydropisies enkystées qu'il doit être placé. Toutes les théories qui ont été émises sur la nature et le mode de production de l'hydropisie en général, ont été invoquées pour expliquer la formation de l'hydrométrie. Il nous a donc semblé inutile de rapporter les diverses opinions qui ont été émises à ce sujet; disons seulement, que l'hydropisie de la matrice comme les autres collections séreuses, peut avoir lieu :

1° Parce que l'exhalation, la perspiration qui s'opère naturellement à la surface utérine est augmentée, l'absorption restant la même.

2° Parce que l'absorption est diminuée sans changement dans l'exhalation.

3° Ou parce que l'exhalation est augmentée en même temps que l'absorption est diminuée.

Il résulte donc de la théorie que nous venons d'exposer, qui est celle généralement admise aujourd'hui sur l'hydropisie, et qui est applicable au sujet que nous traitons, que l'hydrométrie peut être active, c'est-à-dire produite par une irritation, ou qu'elle peut être passive, produite par une diminution dans la fonction d'absorption, ayant pour cause une lésion des agents de cette fonction; enfin ces deux causes peuvent se trouver réunies pour donner lieu à cette maladie. Outre la distinction que nous venons d'établir, les auteurs divisent encore l'hydromètre en idiopathique et en symptomatique, selon qu'il existe ou non une lésion organique dans le tissu utérin. L'hydropisie utérine active est la plus fréquente; vient ensuite celle dépendant d'une lésion organique; enfin la plus rare est l'hydromètre passive.

L'hydropisie de la matrice n'a pas encore été observée chez des personnes qui n'avaient pas été réglées; plusieurs auteurs révoquent en doute si elle peut être rencontrée chez les femmes vierges. M. Dugès (1) avance que les femmes mariées et jeunes en ont seules présenté des exemples; il peut donc, dit-il, y avoir entre cette maladie et les phénomènes de la génération quelques relations étiologiques. Nous sommes bien convaincus que les personnes jeunes et mariées y sont plus sujettes et que l'acte de la copulation puisse en être une des causes les plus fréquentes; mais nous ne pouvons admettre comme M. Dugès semble vouloir l'insinuer, que les vierges et les personnes qui ont passé l'âge critique en soient exemptes. Nous croyons avoir rencontré des exemples du contraire; mais comme nous n'en avons que des souvenirs confus, nous ne pouvons réfuter cet auteur par des faits qui nous sont propres. Mais si on raisonne par analogie, on voit que les personnes vierges sont comme les personnes mariées sujettes aux irritations, aux inflammations des organes de la génération, aux lésions des vaisseaux utérins; chez elles aussi la transpiration, les menstrues, un écoulement habituel,

(1) *Dict. de méd. et de chir. pratiques.*

une dartre, etc., peuvent se supprimer. Vu que ces causes sont désignées comme pouvant donner lieu à l'hydromètre ; nous ne concevons pas pourquoi les vierges en seraient plus exemptes que les personnes mariées ou qui vivent comme telles (1).

Les personnes qui ont passé l'âge critique, peuvent bien moins encore en être exemptes ; puisque, outre qu'elles sont sujettes aux affections et aux accidents que nous venons d'indiquer, c'est à cet âge que l'on rencontre le plus fréquemment les diverses affections organiques de l'utérus, telles que les dégénérescences tuberculeuses, squirrheuses, etc., à la suite desquelles se forment fréquemment les collections de ce genre.

Obs. I. — Dans la séance de l'Académie royale de médecine du 12 février 1839 (2), M. Dumas a présenté une pièce anatomique relative aux hydropisies de l'utérus. Il rapporte que le sujet de cette observation était une dame âgée de 78 ans. Elle portait depuis longtemps dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, volumineuse, et de forme sphéroïdale qui devenait parfois le siége de douleurs et d'élancements violents. Dans les premiers jours de novembre 1838, cette dame habituellement bien portante éprouva des symptômes généraux d'une péritonite bornée à la région hypogastrique. Frissons, malaise vague, nausées et vomissements fréquents, dureté et fréquence du pouls, tension et sensibilité vive de la partie inférieure de l'abdomen, tels sont les premiers accidents qui se déclarèrent ; des bains, des cataplasmes et des fomentations émollientes les calmèrent ; mais au bout de huit jours, il survint par la vulve un léger suintement d'abord séreux, qui bientôt après devint extrêmement abondant. A mesure que la quantité de l'écoulement augmenta, il s'opéra dans sa nature et sa composition de très-graves changements ; de séreux et inodore qu'il était d'abord il devint successivement plus épais, rougeâtre et exhala une odeur fétide entièrement analogue à la gangrène. Après un mois de durée pendant lequel la tumeur de la région hypogastrique avait diminué successivement de volume, et avait presqu'entièrement cessé de pouvoir être distinguée, l'écoulement cessa entièrement pendant quelque temps. Dans les derniers jours de janvier 1839, il se rétablit de nouveau : il devint bientôt après roussâtre, puis entièrement sanguinolent, et la malade succomba le 4 février après avoir présenté tous les symptômes d'une inflammation chronique de l'estomac et des intestins.

Dans la pièce d'anatomie pathologique, on distingue parfaitement bien l'utérus, dont les parois uniformément distendues et amincies, ont acquis une ampleur suffisante pour contenir la tête d'un fœtus à terme. Le développement de cet organe a eu lieu principalement aux dépens de son corps et de son fond, de sorte que les trompes et les ovaires conservent sur les côtés de la tumeur la position qu'elles ont ordinairement dans la grossesse. La dureté, la consistance et l'aspect fibreux de l'utérus ont entièrement disparu et ses parois sont transformées en une vaste poche analogue à une vessie légèrement hypertrophiée. La paroi externe de cette tumeur est d'une teinte brunâtre, très-légèrement ardoisée, et sa cavité, d'un rouge livide, présente de distance en distance, de nombreuses plaques rouges, comme des ecchymoses recouvertes de fausses membranes minces et jaunâtres ; l'orifice interne de l'utérus est presqu'entièrement oblitérée ; à peine si on y distingue une légère dépression, au centre de laquelle il existe une petite ouverture servant d'orifice à un canal étroit, qui s'ouvre dans la partie supérieure et droite du vagin. Un stylet engagé dans ce canal et le traversant sans obstacle prouve que cette communication existait pendant la vie et avait servi à l'écoulement du fluide contenu dans la tumeur. Les surfaces antérieure et postérieure du vagin étaient réunies au moyen de fibres celluleuses très-résistantes et couvraient entièrement l'orifice externe du col de l'utérus. Sur les côtés du vagin, il existait deux ouvertures ; l'une, placée à droite, formait l'ouverture extérieure du conduit étroit qui a été mentionné ; et l'autre, située du côté opposé, communiquait à un canal étroit, n'ayant que deux à trois lignes environ de profondeur. Le vagin et la vessie, réunis à la tumeur (1) ne présentaient rien de particulier. Les trompes et les ovaires étaient également dans leur état normal.

Les auteurs ont admis plusieurs espèces d'hydromètrie ; les uns comme Astruc, n'en ont reconnu que deux, l'une dans laquelle le liquide flotte librement dans la cavité de l'utérus, l'autre où le liquide est enfermé dans un grand nombre de vésicules. D'autres encore, comme Sauvages, en admettaient un plus grand nombre ; outre celles admises par Astruc il reconnaissait l'hydromètre des femmes enceintes, et acceptait comme nous l'avons dit plus haut, pour hydromètre, l'accumulation du sang, du pus, etc., dans la matrice. Franck indique d'abord les trois espèces d'hydromètre admises par la plupart des auteurs, qui sont 1° l'ascite de l'utérus, ASCITES UTERINUS et HYDROMETRA ASCITICA ; 2° celle qui est formée par des hydatides ou vésicules, HYDROMETRA HYDATICA, HYDROPS UTERI VESICOSUS SACCATUS VEL CYSTICUS ; 3° l'hydromètre des femmes enceintes, HYDROMETRA GRAVIDARUM. Il admettait en outre, une quatrième espèce qu'il nommait hydro-

(1) L'observation 9me, en est une preuve.

(2) *Gazette méd. de Paris*, 1839, pag. 122. *Soc. sav.*

(1) Nous copions textuellement, mais nous pensons qu'il y a ici une faute typographique et qu'il faut lire : le rectum et la vessie réunis à la tumeur.

Digitized by Google

mètre celluleuse ; mais en examinant bien la seule observation sur laquelle il se fonde, on voit qu'il s'y agit d'hydatides développées dans les parois de ce viscère, de manière que cette quatrième espèce se confond avec l'hydromètre hydatique.

Nous admettrons aussi trois espèces d'hydromètre, auxquelles nous conserverons les noms D'HYDROMÈTRE ASCITIQUE, D'HYDROMÈTRE DES FEMMES ENCEINTES OU HYDRAMNIOS et D'HYDROMÈTRE HYDATIQUE OU MOLLE VÉSICULEUSE. Dans la description particulière de chaque espèce, nous ferons en sorte d'indiquer tout ce qui a rapport aux causes, aux symptômes, au diagnostic, au pronostic et au traitement de chacune d'elles.

DE L'HYDROMÈTRE ASCITIQUE.

En donnant la définition de l'hydromètre en général, nous avons donné celle qui est propre à cette espèce ; en effet, celle-ci ne consiste que dans l'accumulation et la rétention d'un liquide séreux, albumineux ou muqueux dans la cavité de l'utérus; ce liquide, dans cette espèce, n'est pas renfermé dans une poche membraneuse, comme dans l'hydromètre des femmes enceintes, il n'est pas non plus contenu dans un plus ou moins grand nombre de vésicules comme dans l'hydromètre hydatique ; ici, au contraire, le liquide flotte librement dans la cavité de la matrice ; aussi la fluctuation est-elle beaucoup plus sensible dans cette espèce que dans les deux autres.

Cette affection est loin d'être une maladie nouvelle, puisqu'elle a été connue par Hippocrate et les médecins qui l'ont suivi. Le père de la médecine en a même donné une excellente description, à laquelle on ne peut presque rien ajouter. Cette espèce d'hydromètre est la plus rare, ce qui est sans doute cause que des praticiens même, dans ces derniers temps, se sont cru fondés à en nier l'existence, en disant qu'on avait pris des hydatides pour la maladie en question. Quelques auteurs, en effet, ont rapporté des observations d'hydromètre hydatique sous le nom d'hydropisie ascite de l'utérus. Nous-même, dans un cercle étendu et malgré treize années d'une nombreuse clientelle, nous n'en avons pas rencontré d'exemple. Nous sommes cependant convaincus de l'existence de cette affection, par les faits que nous ont cités plusieurs de nos collègues, et par d'autres rapportés par des personnes étrangères à l'art, mais dont la véracité ne pouvait être mise en doute ; de plus, on trouve dans les auteurs un assez grand nombre d'observations pour ne pas permettre d'hésitation à cet égard.

Ceux qui rejettent l'existence de l'hydropisie ascite de l'utérus, ne conçoivent pas l'accumulation de la sérosité dans une cavité tapissée par une membrane muqueuse. Comme nous venons de le dire, la science possède assez de faits qui en prouvent la possibilité ; d'ailleurs, ce n'est pas dans la matrice seule que de semblables collections se sont formées; on a des exemples que d'autres cavités également tapissées par une membrane muqueuse, en ont été le siége, telle est l'hydropisie de la trompe, de l'estomac, du sinus maxillaire. On s'en rendra surtout raison, lorsqu'on réfléchira que cette maladie dépend le plus souvent d'une inflammation, et que dans l'inflammation, les sécrétions sont ordinairement modifiées ; dans cet état l'absorption peut aussi être modifiée et n'agir plus que sur une partie du liquide, de manière que la partie non résorbée présente tous les caractères de la sérosité. Les liquides qui forment les collections qui nous occupent, n'ont pas encore été examinés avec assez d'attention pour que nous en connaissions la véritable nature, aussi avons-nous dit dans la définition de cette maladie, que ces liquides pouvaient être séreux, albumineux ou muqueux.

L'augmentation de la sécrétion utérine ou la diminution dans sa résorption, ne peuvent constituer l'hydromètre ascitique que pour autant que le col de la matrice soit fermé ou oblitéré. En effet, si cette dernière circonstance n'avait pas lieu, rien n'empêcherait le liquide de s'écouler à mesure qu'il serait sécrété et dès lors, aucune collection ne pourrait se former.

L'occlusion de l'orifice utérin peut résulter, de sa callosité (1), de ce que la partie supérieure du vagin est réunie et comme cartilagineuse (2), de ce que l'utérus peut être séparé en deux cellules par une cloison, et l'orifice de la matrice être dégénéré en un ligament solide et imperméable (3). Cet orifice peut être bouché par une fausse membrane, par de la mucosité épaissie, par le gonflement du col, par la pression d'une tumeur environnante, ou par une tumeur développée dans l'utérus ou au bord de son orifice, ou par des hydatides. Le resserrement spasmodique de cet orifice peut aussi retenir pendant un certain temps le liquide accumulé ; c'est ce qui a ordinairement lieu lorsque la collection s'évacue spontanément soit aux époques menstruelles, soit dans d'autres circonstances, lorsque cette collection se forme et s'évacue de nouveau à des époques variables et finit par guérir complètement.

OBS. II. — Fernel rapporte qu'une femme attaquée d'une hydropisie de matrice, vidait ses eaux tous les mois à l'approche de ses règles, et en évacuait jusqu'à remplir sept à huit bassins. Après quoi les règles arrivaient à l'ordinaire, et, les règles cessées, l'hydropisie recommençait pour s'écouler derechef dans le même ordre, à l'approche de ses règles.

(1) Vesale.
(2) Conrad.
(3) Fernel.

Digitized by Google

Cette maladie ne semble avoir de préférence pour aucun âge : elle survient chez des personnes de toute condition et de tout tempérament. Cependant, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, elle n'a pas été observée chez des personnes qui n'avaient pas encore été réglées.

La plupart des femmes mortes à la suite d'hydromètre, ont à l'autopsie, présenté presque constamment des lésions organiques des parois de la matrice. On se tromperait fortement si on allait en inférer que cette maladie dépend toujours de pareilles lésions, car elle peut exister sans altération du tissu utérin : c'est ce qui est prouvé par les observations d'hydromètre qui ont complètement guéri, et qui de plus ont été suivies de grossesses heureuses, comme Delamotte en donne un exemple.

Obs. III (1). — Le 14 novembre de l'année 1684, dit Delamotte, une dame de la campagne, éloignée de cinq à six lieues de cette ville, se trouvant fort incommodée de vapeurs suivies de suffocations, se croyant grosse du mois de septembre précédent, me fit prier de venir la voir, afin de me consulter sur tous les accidents, et savoir à peu près le temps de son accouchement afin que je pusse me rendre auprès d'elle dans un temps convenable. Je lui conseillai de se faire tirer deux palettes de sang, et de prendre la moelle de trois onces de casse en baton infusé dans un grand verre d'eau, avec une once de manne, ce qui réussit assez bien. Le temps d'être sûre de sa grossesse par le mouvement de l'enfant approchait ; six semaines se passèrent encore sans que ces assurances si souhaitées parussent, ce qui obligea la dame de me consulter une seconde fois. Étant couchée sur le dos, les genoux élevés, je trouvai son ventre fort grand et mou également partout sans qu'il y parut aucune différence entre la partie inférieure et supérieure, ce qui commença à me faire douter de sa grossesse. Six autres semaines s'étant encore écoulées et la dame s'inquiétant de ne rien sentir de plus que par le passé, me pria de venir la voir encore une fois, et de lui dire mon sentiment sur son état, qui l'inquiétait beaucoup. J'y retournai et après avoir mûrement réfléchi et examiné toutes choses, je l'assurai (vu la figure et la mollesse de son ventre partout égal, et n'ayant pas senti son enfant au terme de sept mois où elle se croyait être, son visage étant pâle et très-amaigri) que selon moi elle n'était pas grosse d'enfant, qu'elle n'était point non plus hydropique, puis qu'étant couchée sur le dos l'inondation ne se faisait pas sentir à la main que j'appliquai sur le ventre, opposée à celle dont je frappais de l'autre côté ; et que je ne savais rien de meilleur que de réitérer la potion qu'elle avait déjà prise et dont elle s'était bien trouvée, dans l'espérance qu'elle pourrait faciliter à la nature les moyens de se débarrasser de ce dont elle était surchargée. Mais le chagrin d'une nouvelle si peu attendue qui lui faisait craindre de n'avoir plus d'enfants par la suite, lui fit chercher d'autres secours qui ne tombèrent pas dans mon sens, jusqu'à un mois après que la dame se sentant malade m'envoya chercher en diligence, je la trouvai avec de légères douleurs, et des eaux qui s'écoulaient. Je conseillai un lavement dont l'effet fut si heureux et l'orifice intérieur étant facile à dilater par le long séjour des sérosités, dont il était continuellement abreuvé qu'il en sortit enfin une telle quantité que la femme se trouva délivrée sans accident de cette extraordinaire grossesse, et se porta si bien par la suite, qu'un mois après elle devint effectivement grosse d'une belle fille dont je l'accouchai neuf mois ensuite, ce qui fit dire à plusieurs personnes qu'elle avait été grosse dix-huit à dix-neuf mois.

Causes. — Ce qui dans l'histoire de l'hydromètre présente le plus de vague et d'obscurité, c'est l'indication des causes qui peuvent produire cette maladie ; on remarque surtout, que dans les observations d'hydropisies de la matrice qui ont été rapportées, les auteurs ont en général, négligé de signaler les causes auxquelles on pourrait les attribuer. Aussi dans les temps plus reculés, lui avait-on accordé toutes celles qui étaient admises pour les hydropisies en général ; c'est ainsi qu'on faisait dépendre cette maladie des obstructions du foie, de la rate, etc., mais cette opinion des anciens pathologistes est abandonnée, parce qu'il a été reconnu qu'elle était en contradiction avec les résultats de l'anatomie pathologique. L'obstruction des ganglions lymphatiques a ensuite été émise, mais si cette dernière cause peut être acceptée, ce ne sera sans doute que dans le plus petit nombre de cas, puisqu'elle ne pourrait jamais produire qu'une hydropisie passive de la matrice, qui est le genre d'hydromètre qui se rencontre le plus rarement ; et ce genre même dépendra le plus souvent, sinon toujours, de la lésion du système veineux utérin, qui est bien plus chargé de l'absorption du produit de l'exhalation que les vaisseaux lymphatiques. Toutefois, quelle que soit l'idée que l'on se soit formée sur la nature des organes de l'exhalation et de l'absorption, il est de fait, que la maladie en question dépend le plus souvent d'une augmentation d'action dans les organes chargés de la sécrétion ; l'énumération des causes suffira pour s'en convaincre, car presque toutes sont capables de produire l'irritation ou l'inflammation de la muqueuse utérine.

Les causes de l'hydromètre ne produisent pas seulement cette maladie, elles peuvent aussi en produire d'autres, comme celles de la plupart des états pathologiques, qui affectent l'homme. Ces causes peuvent avoir une action générale en même temps que locale ; alors elles sont nommées prédisposantes ; telles sont une constitution affaiblie

(1) Delamotte, obs. 16, pag. 33.

Digitized by Google

par des pertes utérines, par de fausses couches, une leucorrhée habituelle, des accès d'hystérie, enfin, tout ce qui est susceptible d'entretenir vers l'utérus un état prolongé d'irritation, tout en jetant le système musculaire dans la débilité, est regardé comme pouvant disposer à cette affection.

D'autres causes que l'on nomme efficientes, sont considérées comme produisant plus directement l'hydromètre, elles sont encore plus propres à produire l'irritation ou l'inflammation de l'utérus. Ainsi, cette maladie peut être le résultat d'un coup ou d'une chute sur la région hypogastrique; le coït répété, la suppression des règles, du flux leucorrhéique, des lochies, de la transpiration, des hémorrhoïdes ou d'un autre écoulement habituel, la répercution d'une dartre ou de tout autre exanthème, le refroidissement subit, la peur, les affections morales, tristes, ont aussi produit cette maladie; les affections tuberculeuses, squirrheuses, les stéatomes sont souvent accompagnées de l'accumulation et de la rétention de la sérosité dans l'utérus; l'existence d'une môle, d'un polype, peuvent aussi déterminer cette maladie.

L'hydropisie ascitique de la matrice offre deux variétés bien distinctes; l'une est nommée permanente, l'autre a reçu le nom de périodique ou fugace. L'hydromètre ascitique est permanente, lorsque la collection continue jusqu'à la mort: comme dans le cas rapporté par Sibezius, d'une femme qui porta plus de dix ans une hydropisie de la matrice, compliquée avec l'ascite et une quantité d'hydatides, et celles rapportées par Bonnet, Vesale, Cunrad, Tilloloy, ou est évacuée pour ne plus revenir, comme dans l'observation suivante rapportée par Delamotte et que nous transcrivons.

Obs. IV. — Le 25 mars 1704, on me prie d'aller à huit lieues de la ville voir une dame qui souffrait une perte de sang depuis huit à dix jours et qui se croyait grosse de trois mois environ; je trouvai cette dame dans une médiocre perte de sang, elle me dit que les quatre premiers jours que cet accident avait commencé de paraître la chose était si semblable au temps que ses menstrues avaient coutume de couler qu'elle cessa de croire être grosse. Mais qu'ayant souffert des douleurs vives et pressantes, elle avait subitement vidé une quantité d'eaux très-claires comme il lui était arrivé dans son précédent accouchement, après quoi ses douleurs étaient diminuées, sans néanmoins qu'elles eussent entièrement cessé; que cet écoulement d'eaux avait été suivi d'une perte de sang considérable, quoiqu'elle ne vînt que par intervalles, à laquelle s'était jointe une très-fâcheuse odeur, et que voyant tous ces accidents se succéder de la sorte depuis dix jours elle m'avait envoyé prier de la venir voir d'autant plus qu'une sage-femme qui était auprès d'elle, au lieu de la tranquilliser la jetait dans des inquiétudes continuelles.

Je trouvai à cette malade outre ces accidents une grande douleur de tête avec un frisson presque continuel, quoiqu'elle fut très-chaude et brûlante au toucher et qu'elle commençait à entrer dans le délire disant beaucoup de choses à contre sens et sans suite. Je ne doutai point, réfléchissant sur tous ces accidents que quelque corps étranger n'y donnât occasion, je fis situer la malade commodément afin de me mieux assurer de la maladie. L'orifice intérieur ayant souffert l'introduction de mon doigt avec assez de facilité pour m'en éclairer, je n'y trouvai ni fœtus, ni faux germe, ni môle, mais seulement une espèce de membrane avec quelques caillots de sang qui avaient acquis par leur séjour une odeur insupportable. Je les tirai le plus tôt qu'il me fut possible, et fis peu de temps après donner un lavement à la malade. Cette mauvaise odeur se dissipa et les autres accidents cessèrent en même temps de manière que je la laissai trois jours après en bon état, lui conseillant de continuer encore durant quelques jours le régime de vie que je lui avais conseillé.

L'hydromètre périodique ou fugace se reconnaît en ce que le liquide qui la constitue, s'évacue à des intervalles réguliers ou irréguliers; comme dans l'observation que nous avons rapportée d'après Fernel et les suivantes.

Obs. V. — Marie Tauzin (1), âgée de 33 ans, habitant la commune de Ruffiac (frontières des Landes), d'un tempérament lymphatique, d'une constitution débilitée par le travail, la mauvaise nourriture et le séjour dans un lieu malsain, mariée depuis 12 ans, me fit appeler le 26 mai 1835. Elle était atteinte d'une hydropisie utérine périodique dont les caractères étaient tels qu'on n'en trouve que bien peu d'exemples semblables dans les auteurs.

Chaque mois, cette femme rendait par le vagin de 25 à 30 livres d'une eau claire, limpide, légèrement citrine, et ensuite perdait pendant deux jours quelques gouttes d'un sang très-peu chargé de parties colorantes. Après cette évacuation, elle se trouvait parfaitement bien; mais une nouvelle collection aqueuse se formait bientôt après; elle était sûre de s'en débarrasser naturellement le mois suivant. Cet état maladif durait depuis 8 mois lorsque je fus appelé. Elle était restée sans les secours de la médecine pendant ce long espace de temps, pour deux raisons; la première, parce qu'elle n'éprouvait des souffrances que lorsque l'abdomen était fortement distendu; la seconde, parce qu'elle craignait de manquer d'argent pour acheter des remèdes. Ce ne fut donc qu'à la dernière extrémité que je fus consulté.

Il lui fut impossible de me donner aucun rensei-

(1) *Bull. thér.*, tom. XIV, pag. 314.

Digitized by Google

gnement sur la cause de sa maladie. Elle lui était venue naturellement, sans secousses, sans lésion physique ou organique sensible, sans altération de fonctions; en un mot, sans s'en apercevoir, si ce n'est par un amaigrissement extrême et par une faiblesse générale qui, de jour en jour, allaient croissant.

L'abdomen était d'une grosseur extraordinaire, la dyspnée considérable, les battements du cœur réguliers, isochrones aux pulsations de l'artère radiale; les digestions se faisaient mal; elle avait une constipation fatigante; les urines coulaient fréquemment, mais en petite quantité et sans douleurs; le ballottement extérieur donnait la certitude d'une collection aqueuse; point d'engorgement viscéral; le pouls faible, lent et concentré; le facies pâle ainsi que la langue et les gencives, les orbites bordés d'un cercle bleuâtre.

L'inspection des parties génitales me fit trouver le col de l'utérus très-raccourci, infiltré; le corps également infiltré, volumineux et léger relativement à son volume. Le ballottement interne ne produisit aucun signe de corps étranger dans la cavité utérine.

Rien ne fatiguait la malade autant que la constipation. J'ordonnai deux onces d'huile de ricin, l'eau d'orge nitrée, des lavements émollients.

Le 28, l'huile de ricin avait produit son effet; mais survinrent des douleurs de reins qui lui annoncèrent que les eaux allaient bientôt s'écouler. En effet, dans la nuit du 29 au 30, le kyste se rompit, et son lit fut entièrement inondé.

Le 3 juin, je la trouvai parfaitement bien; son ventre était plat et dans un état satisfaisant. Les digestions se faisaient librement; plus de constipation; elle avait du goût pour les aliments, son pouls même était meilleur; les règles avaient fini de couler.

Je crus alors nécessaire de mettre en usage le traitement suivant : pour tisane, décoction de racines d'asperge avec une demi-once de sel de nitre par pinte. Frictions sur tout l'abdomen avec une décoction de feuilles de digitale pourprée. Prendre matin et soir deux pilules faites d'après la formule suivante :

Pr. : Digitale pourprée en poudre récente. . ʒi.
Scille en poudre également récente. . ʒs.
Asa fœtida. . . . . ʒs.
Nitrate de potasse. . . . . ʒs.
Faites selon l'art 72 pilules.

Pour régime, du lait en abondance, le matin et le soir. A midi, du bouillon de viande et des viandes rôties. Point de vin, parce que, chez les habitants de la campagne, il est toujours acide.

Le 6, le mieux persistait; point de changement remarquable.

Le 10, les urines coulaient plus abondamment que de coutume. Le 15, l'abdomen avait augmenté de volume; la malade prit depuis lors 6 pilules par 24 heures. Je fis continuer cette dose jusqu'au 30. Cela n'empêcha pas qu'une accumulation de liquide, moins considérable cependant, ne se formât de nouveau et ne s'écoulât comme précédemment. La malade m'assura n'en avoir rendu que la moitié de ce qu'elle avait l'habitude de rendre. Les menstrues revinrent comme de coutume.

Le 5 juillet, j'ordonnai 4 pilules le matin et le soir, augmentation de feuilles de digitales pour les frictions; continuation de la même tisane. Les urines coulèrent alors si abondamment qu'elle était obligée de se lever quatre fois par nuit pour les évacuer.

Pendant le cours de ce mois il n'y eut pas de développement sensible de l'abdomen. Le 6 août il se manifesta encore un léger écoulement de liquide, une livre à peu près. Les règles reparurent immédiatement après, et cette fois avec plus d'abondance. Le 18, la malade se trouva indisposée, la langue devint saburrale; il y eut inappétence, langueur d'estomac, etc.; je la purgeai avec les pilules de Bacher. Le 30, guérison complète, plus d'évacuation vaginale; les règles furent plus abondantes et durèrent plus longtemps.

J'employai alors le vin de Seguin à la dose d'une demi-once matin et soir. La malade suspendit les pilules et les frictions pour les reprendre plus tard. Elle remplaça la tisane d'asperges par l'eau d'orge nitrée, et une personne charitable, qui avait contribué à la guérison par des aumônes journalières et bien entendues, lui fournit suffisamment de vin de Bordeaux. Il n'y a pas eu de rechute depuis cette époque, et cette femme se livre maintenant à tous les travaux de sa condition et n'observe plus de régime de vie.

Obs. VI. — J. P. Franck rapporte qu'une hydropisie de la matrice étant survenue à la suite d'une percussion violente de la région iliaque droite elle se renouvela dix fois à peu près de mois en mois, après la seconde évacuation de liquide, les menstrues supprimées depuis la blessure revinrent. Au bout d'un an cette femme devint enceinte et donna le jour à un enfant très-petit qui mourut quatre jours après sa naissance; depuis cet accouchement il revint tous les cinq semaines un écoulement de sérosité, souvent plus considérable qu'à l'ordinaire, précédé de douleurs dans les mamelles et s'étant quelquefois élevé jusqu'à vingt-sept pintes, une grossesse qui amena une fille bien portante fut suivie de la cessation totale de cette maladie.

Obs. VII. — Geoffroy rapporte un autre exemple, c'est celui d'une femme qui passa dix années avec des alternatives d'hydropisies de matrice et d'évacuations plus ou moins fréquentes, sans que sa santé en fût altérée et sans qu'elle voulût faire

Digitized by Google

aucun remède. Vers l'âge de 42 ans, cette maladie après avoir diminué par degrés a totalement cessé, les règles n'ont jamais reparu sans qu'elle ait éprouvé d'incommodités.

Outre la distinction que nous venons de faire de cette maladie en permanente et en périodique; on pourrait encore distinguer l'hydropisie ascite de la matrice, en simple et en compliquée; selon qu'elle existe seule, ou qu'il y a en même temps une môle charnue, un polype, ou une grossesse tubaire, ovarique ou abdominale.

Obs. VIII. — Une femme de 25 ans, qui était déjà accouchée facilement de plusieurs enfants, perdit ses règles en avril 1830, et se persuada bientôt qu'elle était enceinte. Dans la seizième semaine, elle apercevait déjà le mouvement du fœtus, mais non comme dans les grossesses précédentes. Dans la vingtième semaine, elle sentait dans le flanc gauche la tête et les autres parties du fœtus, d'une manière beaucoup plus distincte qu'à l'ordinaire, et, à chaque mouvement de l'enfant, il lui semblait que les parois abdominales allaient se déchirer. Le ventre prit un développement extraordinaire, les pieds se tuméfièrent, et la malheureuse eut à souffrir, pendant tout le reste du temps de sa grossesse, des coliques, des maux d'estomac et une constipation opiniâtre. D'abord elle éprouva des douleurs qui, du sacrum, se dirigeaient vers les cuisses, et elle perdit un peu de sang; une sage-femme ayant été appelée, fit dire qu'elle viendrait quand les maux seraient plus forts; deux jours se passèrent ainsi au milieu de mouvements convulsifs du fœtus; au bout de ce temps les mouvements devinrent plus faibles, et il s'écoula une grande quantité d'eau : la malade fut prise d'un frisson général, à la suite duquel les maux cessèrent, et l'enfant ne donna plus signe de vie. Le fœtus était étendu transversalement au-dessus de l'ombilic, et était devenu pour la mère un fardeau pesant et incommode. Pendant plusieurs jours, il s'écoula du lait des mamelles; la mère se plaignait d'une grande faiblesse. Au bout de dix semaines la menstruation reparut; depuis ce moment, l'état général s'améliora considérablement, et l'enfant devint de jour en jour plus petit et plus dur. Cette femme refusa toute opération; plusieurs fois on crut qu'il allait se former un abcès dans les parois de l'abdomen, mais il n'en fut rien. Au bout de cinq ans, le docteur Lœscher examina de nouveau cette femme : il trouva l'utérus normal, le ventre encore très-distendu, et, près de l'ombilic, un fœtus très-dur, comme ratatiné, et dont on pouvait très-bien distinguer les membres. Ce fœtus paraissait libre dans la cavité abdominale, du moins on pouvait le retourner en différents sens. La santé de la mère est généralement bonne, cependant elle éprouve souvent des douleurs dans l'abdomen, et cette affection se trahit au dehors par la couleur jaune et terreuse de la peau, par l'excavation des yeux, et un air de souffrance répandu sur la physionomie (1).

La quantité de liquide que contient la matrice dans l'hydropisie ascite de ce viscère est très-variable. Quelquefois elle est fort minime et consiste dans quelques onces seulement, d'autres fois, cette quantité est énorme comme on le voit dans une observation rapportée par Bonnet, où il s'écoula de l'utérus, au moment où on l'ouvrit, une incroyable quantité de liquide, et la cavité de cet organe, dit-il, aurait facilement renfermé un enfant de dix ans. Dans le cas rapporté par Sibezius, la matrice contenait quatre-vingts livres d'une eau sanguinolente. Vesale dit avoir trouvé cent et quatre-vingts livres de sérosité dans l'utérus d'une femme morte de cette affection.

La nature du liquide que contient la matrice dans cette maladie, est encore peu connue, dans la plupart des cas. Nous venons de voir plus haut, que Sibezius la décrit comme une sérosité sanguinolente; Conrad s'exprime de la même manière; tandis que Tilloloy, Delamotte, etc., parlent de sérosité limpide. Les auteurs ont observé que les parois de la matrice éprouvent dans cette affection une modification en sens contraire de celle qui a lieu dans la grossesse. Dans cette maladie, la distension qu'éprouve l'utérus amincit ses parois, tandis que dans la grossesse, elles deviennent plus épaisses.

Symptômes. — Nous sommes arrivés à la partie la plus difficile et sans aucun doute la plus nécessaire et la plus utile de la tâche que nous avons entreprise; car c'est de l'exposition des symptômes que résulte la connaissance de la maladie; ce sont eux qui doivent nous apprendre à distinguer cette affection de celles qui peuvent la simuler, et nous faire éviter les erreurs dans lesquelles nous pourrions tomber.

Dans cette maladie, les femmes commencent par ressentir des douleurs dans les lombes et à l'hypogastre, un sentiment de pesanteur au périnée, elles éprouvent souvent les incommodités d'une grossesse commençante; ce qui leur fait croire surtout qu'elles sont dans cet état, c'est lorsque les mamelles au lieu de diminuer comme cela a lieu ordinairement, se gonflent et qu'il s'y joint l'écoulement d'une lymphe laiteuse; les menstrues sont supprimées; quelquefois cependant, elles continuent à venir à des époques irrégulières, mais elles sont alors fournies par une exhalation sanguine des parois du vagin; l'abdomen se tuméfie progressivement, quelquefois lentement, quelquefois très-ra-

(1) Cette observation a été publiée par M. le docteur Lœscher, dans le *Radius und Clarus's Beitraege zur prattschen Heilkunde*. Encyclographie, 2e série, tom. XVI. Ce savant a promis de tenir le public au courant de ce cas intéressant.

Digitized by Google

pidement; la tumeur commence par la partie centrale, le ventre se développe de bas en haut, et comme dans la grossesse, il est arrondi en avant, et applati sur les côtés et en arrière. En palpant l'abdomen, l'on sent que la matrice plus ou moins augmentée de volume est uniformément distendue, qu'elle n'offre pas la dureté des tumeurs fibreuses ou squirrheuses; qu'au contraire, elle laisse apercevoir une fluctuation plus ou moins sensible, mais toujours en raison de la diminution d'épaisseur des parois de l'utérus; la collection éprouve peu de déplacement quelle que soit la position que la femme prenne. Le toucher fournit le symptôme le plus rationnel; le doigt étant introduit dans le vagin, l'on sent, le col utérin plus élevé, le corps de la matrice distendu et une fluctuation bien distincte, que, pour peu que l'on soit familiarisé avec le toucher, l'on ne pourra jamais confondre avec le ballottement. Le volume du ventre se prolonge ordinairement au delà du neuvième mois; aucun mouvement ne se fait sentir dans la matrice, la face est pâle et maigre, il y a des mouvements fébriles, des borborigmes, les matières fécales sont fétides. Enfin, Hippocrate donne encore comme signes de l'hydromètre, la ténuité et l'humidité du col, ainsi que l'amaigrissement autour des clavicules, de la poitrine, du visage et des yeux, qui se creusent.

Lorsque les symptômes que nous venons d'énumérer se trouvent réunis, le médecin reconnaîtra facilement l'hydromètre, et toute méprise sera impossible; mais on rencontre bien plus souvent des cas, où la plupart et même les principaux de ces signes manquent; c'est alors que le diagnostic présente des difficultés d'autant plus grandes que la plupart des symptômes de l'hydromètre lui sont communs avec plusieurs autres maladies avec lesquelles il serait facile de la confondre. Bien peu de ces symptômes sont rationnels, et l'on ne peut regarder comme tels que ceux fournis par le toucher, lesquels, à la rigueur, sont suffisants pour faire reconnaître l'hydropisie utérine des signes caractéristiques des affections qui peuvent la simuler.

Les maladies que l'on pourrait confondre avec l'hydromètre ascitique, sont: la grossesse, l'hydropisie de l'ovaire ou toute autre hydropisie enkystée placée au voisinage de l'utérus; l'ascite, l'engorgement squirrheux, la physomètre, l'hématomètre, l'hydramnios et l'hydromètre hydatique, dont nous indiquerons les signes différentiels, en traitant de ces espèces en particulier.

L'hydromètre se distingue de la grossesse par l'absence des symptômes propres à ce dernier état. C'est ainsi que le toucher vaginal prouve dans l'hydromètre l'absence du ballottement, la palpation de l'abdomen, celui des mouvements du fœtus, l'auscultation, l'absence des battements de son cœur et de la circulation placentaire; tous symptômes caractéristiques de la grossesse.

Dans l'ascite, l'abdomen ne se développe pas de bas en haut, la tumeur ne se forme pas au centre de la région hypogastrique, elle n'est pas circonscrite comme on le remarque dans l'hydromètre; en percutant l'abdomen la fluctuation est plus obscure dans cette dernière maladie, enfin le toucher ne fera pas reconnaître dans l'ascite le développement de l'utérus ni la fluctuation vaginale.

La distension de la matrice, la fluctuation plus sensible du côté du vagin que de l'abdomen, feront distinguer l'hydromètre de l'hydrovaire, et de l'hydrotrompe, ou des autres hydropisies enkystées, dans lesquelles on trouve la matrice plus ou moins altérée dans sa forme, et déjetée d'un côté ou d'autre, sans qu'elle soit augmentée de volume; ou du moins, sans qu'elle le soit en proportion du volume de la tumeur.

La fluctuation servira aussi à différencier l'hydropisie de la matrice de l'engorgement squirrheux de cet organe, dans lequel on trouve en même temps une distension moins uniforme et une dureté beaucoup plus considérable.

La résonnance de la tumeur et l'absence de la fluctuation, caractères distinctifs de la physomètrie, empêcheront de confondre ces deux affections.

Enfin, dans l'hématomètre, les accidents qui doivent nécessairement être le résultat d'un séjour prolongé du sang dans la cavité de ce viscère, ne peuvent laisser longtemps incertain sur la nature du mal.

Comme nous l'avons déjà indiqué la durée de cette maladie est variable et dépend des causes qui l'ont produite, et de celles qui ferment l'orifice utérin. Quelquefois, le liquide s'évacue au bout de quelques jours; quelquefois il y reste plusieurs années, d'autres fois, il y séjourne jusqu'à la mort. Ordinairement lorsque la distension de la matrice a été portée aussi loin que possible, des douleurs utérines se déclarent, son orifice s'entr'ouvre et le liquide s'échappe ou peu à peu, ou avec rapidité; dans certains cas, l'évacuation est suivie de l'écoulement d'un liquide sanguinolent, dans ces cas, l'on remarque ordinairement que la santé se rétablit. D'autres fois, la nature ne se suffit pas pour évacuer le liquide et l'art doit venir à son secours; et à défaut des secours que l'art peut seul apporter, la distension de la matrice peut être poussée jusqu'à produire la rupture de cet organe.

Pronostic. — Nous avons peu de chose à dire du pronostic de cette maladie, il découle naturellement des causes qui l'ont produite; on conçoit facilement qu'il doit varier selon l'état de l'utérus qui y a donné lieu ou qui la complique. Le pronostic sera donc favorable, si le tissu de la matrice est sain; mais aussi, si ce viscere est le siége d'une affection organique, le pronostic en sera plus ou moins fâcheux selon la nature de cette affection.

Traitement. — Le traitement de l'hydromètre ne peut pas toujours être le même, vu la variété des

Digitized by Google

causes qui peuvent donner lieu à cette maladie; c'est pourquoi on l'a distingué en palliatif et en curatif, suivant la nature de cette cause; c'est ainsi que, si cette maladie dépend d'une affection organique de l'utérus qui est au-dessus des ressources de l'art, on conçoit qu'aucun traitement n'est capable de la guérir, car ne pouvant détruire la cause, l'effet doit persister. Dans ces cas, l'évacuation du liquide est le plus souvent nuisible; aussi doit-on alors se borner à combattre les symptômes les plus fâcheux, et, comme l'état inflammatoire prédomine ordinairement, qu'on peut le regarder comme la cause la plus fréquente de l'accumulation du liquide, c'est à combattre cet état que l'on doit principalement s'attacher. On peut se trouver dans certaines circonstances, dans la nécessité d'évacuer le liquide, malgré le danger qui peut en résulter; c'est lorsque le malaise et la douleur occasionnés par le développement de l'utérus sont devenus insupportables à la malade, lorsqu'ils mettent ses jours immédiatement en danger, ou que la distension de la matrice est portée au point de faire craindre la rupture de cet organe.

Dans le traitement de l'hydromètre qui ne dépend pas ou qui n'est pas compliquée d'une affection organique, lorsque ce viscère est sain, au lieu de recourir aux nombreux médicaments qui ont tour à tour été prônés, afin d'obtenir la résorption du liquide ou son évacuation par la sueur, les selles, ou les urines; remèdes dont la longue énumération ne servirait qu'à prouver l'ignorance dans laquelle on était alors sur la nature de cette affection, on cherchera à remplir les deux indications qui seules sont rationnelles : la première est d'évacuer le liquide, la seconde, est de s'opposer ensuite à une nouvelle sécrétion.

Pour obtenir l'évacuation du liquide contenu dans l'utérus, on doit chercher à ramollir le col de cet organe et à en obtenir la dilatation; à cet effet, on emploiera successivement et selon le tempérament et les forces de la malade, la saignée plus ou moins répétée, un régime sec, les bains chauds, les fomentations, les injections, les fumigations émollientes. On pourra enduire le col utérin avec des liniments propres à obtenir son ramollissement, avec l'extrait de belladone ou tout autre moyen qui pourrait produire le même effet. Une fois que l'on est parvenu à ramollir l'orifice utérin, on a conseillé de faire vomir la femme afin que les secousses produites par le médicament, fissent expulser le liquide contenu dans la matrice. Cette médication proposée par Sennert, est dangereuse et elle pourrait produire la rupture de l'organe, surtout si l'orifice utérin était fermé par une membrane ou par l'adhérence de ses bords. Les efforts de la toux, l'éternuement, un coup violent sur la région hypogastrique ont été suivis de l'expulsion du liquide. Ce ne sont cependant pas des moyens que l'on oserait conseiller. Il est bien plus rationnel et moins dangereux de chercher à obtenir la dilatation de l'orifice de la matrice, par les opiacés, les antispasmodiques, etc., si son occlusion est due à une contraction spasmodique; ou, lorsqu'il suffit de provoquer les contractions de ce viscère pour obtenir l'ouverture de son col, d'avoir recours aux frictions sur l'abdomen, au laudanum à haute dose (1), aux lavements irritants, et surtout au seigle ergoté, comme dans l'exemple suivant.

Obs. IX. — Une demoiselle, âgée de 20 ans, fit une chute sur le ventre en descendant d'une colline, l'hypogastre frappa contre une pierre; elle éprouva une très-vive douleur, qui ne l'empêcha pourtant pas de s'en retourner seule et à pied chez elle. La douleur persista quelques jours, mais enfin elle se dissipa par degrés. Une semaine après, c'était l'époque de ses règles, elles ont été bien moins abondantes qu'à l'ordinaire; le mois suivant elles ont diminué encore, enfin elles ne sont plus revenues.

A compter de cette dernière époque, le ventre commença à grossir progressivement comme chez une femme enceinte; cinq mois après on consulte un médecin qui reconnaît une tumeur utérine sans pouvoir en déterminer la nature. L'idée d'une grossesse ne pouvait être admise, vu la chasteté reconnue de la jeune personne; d'ailleurs la flaccidité des mamelles et l'absence des autres signes de la grossesse éloignaient une pareille supposition. D'autres médecins sont consultés, on essaie inutilement des traitements et des frictions de différentes espèces.

Enfin M. Fantonetti est appelé. Il trouve la malade fort maigrie; ventre très-développé, comme dans la grossesse de neuf mois; gêne dans la défécation et dans l'expulsion des urines; dyspnée; tumeur hypogastrique formée par la matrice elle-même; l'auscultation de la tumeur ne donne aucune sensation de bruit fonctionnel; soif; peau sèche; inappétence; maux de reins; œdème aux membres inférieurs; la tumeur offre de la fluctuation. Le mal existait depuis onze mois.

D'après cet ensemble de symptômes, M. Fantonetti diagnostique une hydropisie de l'utérus. Il prescrit un demi-gros de seigle ergoté, à répéter quatre fois par jour; pas d'effet avantageux. Le lendemain, il ordonne dix scrupules de la même substance divisée en cinq paquets, à prendre un paquet de quatre en quatre heures. Après la troisième dose, les douleurs utérines se déclarent, et deviennent progressives par les doses suivantes. Une heure après la dernière prise, la malade rend tout à coup par le vagin, une quantité très considé-

(1) Préconisé en 1834, par M. Levacher pour activer le travail dans les accouchements longs et pénibles, est très-usité en Angleterre.

Digitized by Google

rable d'eau rousse, albumineuse, très-fétide ; cette eau est évaluée à plus de trois livres ; le ventre s'est affaissé subitement ; l'écoulement continue pendant quelques jours, il devient de moins en moins fétide et coloré ; les autres symptômes que la femme éprouvait se sont dissipés petit à petit, toutes les fonctions sont revenues à l'état normal ; enfin la malade guérit, en conservant cependant pendant longtemps un écoulement blanc par le vagin. Une année après, cette personne s'étant mariée, est devenue enceinte et est accouchée heureusement.

M. Fantonetti a cherché soigneusement, mais en vain, dans les eaux rendues par la femme, s'il ne trouverait pas quelques corps organisés : aussi pense-t-il qu'il s'agissait dans ce cas d'une hydropisie simple de la cavité utérine, occasionnée par la contusion et la chute.

Si ces moyens sont insuffisants, on cherchera à dilater le col de la matrice, comme l'a conseillé Chambon, en tâchant d'y introduire le doigt indicateur, ou au moyen d'un stylet, d'une sonde, d'un morceau d'agaric, ou par l'éponge préparée. Ces moyens seraient encore indiqués, et on parviendrait par eux à faire évacuer le liquide, quoique l'occlusion de l'orifice utérin fût dépendante de mucosités épaissies, de la présence d'une tumeur ou d'hydatides, pourvu que ces corps fussent mobiles. Lorsque, malgré l'emploi des moyens que nous venons d'indiquer, on n'est pas parvenu à dilater l'orifice utérin, soit que son oblitération résulte de la présence d'une membrane, ou qu'elle dépende de l'adhérence de ses bords, ou du vagin, de callosités, ou qu'elle soit fermée par un corps que l'on ne peut déplacer ; dans ces cas on devra nécessairement pratiquer une voie artificielle pour laisser écouler les eaux. Vesale a conseillé dans ces circonstances la ponction sus-pubienne de l'utérus au moyen d'un trois-quart ; ce moyen fut employé, mais quoiqu'il n'ait pas entraîné d'accidents à sa suite, ce n'est pas à ce procédé que nous conseillerions de recourir, car on ne peut, par la ponction sus-pubienne, parvenir à évacuer la totalité du liquide ; de plus, on est exposé à ce qu'une partie de la collection s'épanche dans la cavité péritonéale ; enfin, une péritonite mortelle peut en être la suite. Le vagin offre une voie plus naturelle, plus facile et bien moins dangereuse pour donner une issue au liquide ; par cette route, on n'est exposé, ni à un épanchement abdominal, ni à une péritonite ; l'ouverture pratiquée à la partie la plus déclive permet d'évacuer toute la collection, et il suffit de la maintenir béante, pour prévenir toute nouvelle formation. Ainsi, au lieu de suivre le conseil de Vesale ; on devra aller par le canal vaginal, inciser la membrane qui ferme le col de la matrice, ou pratiquer à ce col lui-même, ou une incision avec le bistouri, ou le pharyngotome, ou une ponction avec le trois-quart, si l'oblitération est produite par l'adhérence, ou l'état cartilagineux des bords de cet orifice. Si le col de la matrice était dévié et qu'on ne pût l'atteindre, ce serait à la partie de ce viscère qui correspond au centre du vagin et le plus près possible du col, que l'on devrait pratiquer l'ouverture. Si c'est l'adhérence des parois du vagin qui forme l'obstacle, c'est à détruire cette union contre nature que l'on doit penser.

Lorsqu'on a ainsi pratiqué une voie artificielle pour l'écoulement du liquide, et après son évacuation, on devra maintenir cette ouverture pour éviter que de nouvelles collections ne se forment ; à cet effet, on y introduira une canule ou une tente d'éponge liée à un long fil, qu'on laissera à demeure, pour permettre l'écoulement des eaux à mesure qu'elles se forment.

La seconde indication qu'on a à remplir dans le traitement de l'hydropisie ascite de l'utérus, est de s'opposer à une nouvelle sécrétion du liquide ; pour cela on cherchera à détruire les causes qui l'ont occasionnée, et, comme nous avons vu en énumérant ces causes, qu'elles étaient pour la plupart propres à produire un état d'irritation ou d'inflammation dans l'utérus, c'est à combattre cet état que l'on devra principalement s'attacher. C'est donc à un régime et à un traitement antiphlogistique que l'on devra ordinairement avoir recours, plutôt qu'aux fondants et aux apéritifs d'une nature tonique et stimulante. Il est aussi de la plus grande utilité dans le choix d'une méthode de traitement, de ne pas perdre de vue la cause occasionnelle de la maladie, et de ne pas omettre les remèdes propres à détruire l'état maladif de l'utérus ; de chercher à rappeler les menstrues, ou de rappeler l'écoulement leucorrhéen ou une dartre, etc., si c'est à une cause de ce genre que l'on puisse attribuer cette affection.

DE L'HYDROMÈTRE DES FEMMES ENCEINTES.

L'hydromètre des femmes enceintes se rencontre bien plus fréquemment que l'hydropisie ascite de la matrice ; elle se distingue de cette dernière en ce que le liquide au lieu de flotter librement dans la cavité utérine, est renfermé ou dans la cavité même de l'amnios, ou dans l'intervalle des membranes qui forment l'enveloppe de l'œuf humain. Aussi reconnaît-on deux espèces d'hydromètre des femmes enceintes ; la première est l'hydramnios, la seconde, qui a reçu les noms de fausses eaux, eaux sauvages, a été naguères désignée, par M. Dugès, sous le nom d'*hydrallante*.

DE L'HYDRAMNIOS.

L'hydramnios n'est, à bien dire, que l'augmentation de la quantité de liquide que renferme naturellement la membrane amnios : cette quantité étant variable, il est difficile de fixer les limites

Digitized by Google

au delà desquelles elle constitue un état maladif, puisque, quelque grande qu'elle soit, elle n'est pas toujours incompatible avec la vie du fœtus. Cependant, lorsque la quantité de liquide renfermée dans la cavité de l'amnios dépasse deux à trois livres, on peut considérer cette augmentation comme due à un état morbide.

La masse de liquide que renferme l'œuf humain dans cette maladie, n'est pas toujours la même; on en rencontre quelquefois des quantités énormes. On rapporte des exemples où il s'en trouvait cinquante livres. M. Dugès croit que dans ces cas on ne prononce guère que par aperçu, et l'exagération, dit-il, est facile. Cette quantité est sans doute considérable; mais nous pouvons d'autant moins la regarder comme ayant été exagérée par le praticien qui a rapporté cette observation, que nous-même nous avons rencontré dans un cas une plus grande quantité d'eau que celle-là, comme nous le rapporterons plus bas dans une de nos observations.

Il est aussi à remarquer que dans cette espèce d'hydromètre, la grossesse est presque toujours double. Scarpa dit que dans les trois cas qui sont venus à sa connaissance, il y eut deux fœtus expulsés. La plupart des observations précisent la même chose; dans les deux cas qui nous sont propres, il y avait également des jumeaux. Cette affection peut survenir à toutes les époques de la grossesse; on remarque, cependant, qu'elle commence le plus fréquemment vers le troisième mois. Elle peut aussi se prolonger jusqu'au terme de la gestation; mais il arrive bien plus souvent que la distension de l'utérus est poussée aussi loin que possible avant cette époque, ce qui détermine les contractions de cet organe et l'avortement, qui arrive ordinairement du cinquième au septième mois.

On voit quelquefois dans les grossesses gémellaires que les enfants sont séparés et renfermés chacun dans une poche. Aussi l'hydramnios peut-elle exister dans une des poches, ou les affecter toutes les deux simultanément.

Nous citerons comme preuve de cette assertion l'observation de *Fabrice de Hilden*, qui n'est point, comme on l'a prétendu, un exemple d'une nouvelle espèce d'hydropisie de la matrice, mais que nous regardons (et les observations nous y autorisent), comme une grossesse double. Les fœtus étant dans des poches séparées, l'un d'eux a succombé et s'est dissous entièrement dans les eaux de son amnios. C'est cet œuf que la nature a expulsé pour permettre le développement du second jumeau.

Obs. X. Une femme, dit Fabrice, grosse de cinq mois, rendit, à la suite de douleurs pareilles à celles qui annoncent l'accouchement, une grande quantité d'eau évaluée à dix livres, et une poche qui servait à contenir ce liquide. Cet accident ne troubla point le reste de la grossesse, qui, à l'aide du repos et du régime, se termina par un accouchement très-heureux.

Pour expliquer le mode de production de cette maladie, on peut admettre la même théorie que celle que nous avons exposée pour la formation de l'hydromètre ascitique; il est donc inutile d'entrer dans de plus longs détails à cet égard. Nous ferons remarquer seulement, que presque toutes les observations ont pour sujet des hydramnios actifs.

Causes. — On ne sait encore rien de bien positif sur les causes éloignées, prédisposantes et déterminantes de l'hydramnios; en effet, on la voit survenir chez des femmes de tout âge, de tout tempérament, de toutes conditions; et ici comme dans l'hydromètre précédente, les observateurs ont trop négligé de rendre compte des circonstances auxquelles on pourrait en attribuer l'origine. Cette maladie est-elle toujours due à une affection de la membrane du fœtus, ou peut-elle dépendre d'un état anormal, de la matrice, de l'enfant ou du placenta? Ce point n'est pas encore déterminé; mais comme on a vu l'hydropisie de l'amnios coexister avec la métrite, d'autres fois avec une altération du fruit ou de l'arrière faix, nous pensons pouvoir admettre que cette maladie peut venir à leur suite, toutefois cependant en faisant participer les membranes à leur altération.

La plupart des causes que nous avons énumérées comme pouvant donner lieu à l'hydromètre ascitique, peuvent aussi, dans le cas de grossesse, déterminer une augmentation anormale du liquide amniotique. Une diathèse séreuse universelle (œdématie) favorise et produit souvent cette maladie; la grossesse gémellaire en est peut-être la cause la plus fréquente; quelquefois elle est la seule à laquelle on puisse l'attribuer; la pléthore ou un état inflammatoire peuvent aussi la produire, comme on le voit par l'observation de M. Maunoir, insérée dans les mélanges de chirurgie étrangère, et celles que nous allons rapporter et qui sont dues à M. Desormeaux.

Obs. XI. Une jeune dame, enceinte de cinq à six mois, est prise subitement de douleurs intolérables dans l'abdomen, accompagnées d'une agitation extrême et de beaucoup de fièvre; on emploie un traitement antiphlogistique énergique; au bout de quelques jours les douleurs diminuent, on peut alors palper l'abdomen, et l'on reconnait une fluctuation manifeste, et au-dessus de l'ombilic un corps solide flottant, qui suit le flot de l'eau et vient frapper la main. Le peu d'épaisseur des parties interposées, la violence et le développement rapide des douleurs donnèrent d'abord l'idée qu'il s'était fait une rupture de l'utérus, et que le fœtus était passé dans la cavité du péritoine; mais on abandonna bientôt cette idée en reconnaissant l'existence de l'hydropisie de matrice. Environ deux mois après, cette dame fut prise des douleurs de l'en-

Digitized by Google

fantement ; les membranes en se rompant laissèrent écouler cinq à six pintes de liquide, et bientôt elle accoucha d'un enfant vivant mais faible et du volume d'un *fœtus* de six mois. De nouvelles douleurs se réveillèrent bientôt; une seconde poche membraneuse se fit sentir, on la perça et il s'en écoula une quantité d'eau à peu près égale à celle du premier enfant. Un second enfant, presqu'aussi faible que le premier, fut expulsé sans difficulté. La délivrance se fit attendre quelques heures, et s'opéra ensuite naturellement. Les membranes examinées avec soin n'offrirent ni injections, ni épaississement, ni fausse membrane. Les deux placentas réunis en une seule masse, offraient une épaisseur et une solidité remarquables; ils étaient dans un véritable état d'hypertrophie. Les deux enfants moururent peu d'heures après leur naissance. La mère se rétablit promptement.

Obs. XII. — Une jeune dame, épileptique dès sa naissance, devint enceinte; les accès d'épilepsie furent presque suspendus, et la grossesse n'offrait rien de remarquable, si ce n'est que l'abdomen était plus volumineux qu'il ne semblait devoir l'être. A quatre mois et demi ou cinq mois, des contractions utérines se manifestèrent sans cause apparente, et expulsèrent avec une grande quantité d'eau, un fœtus mort depuis quelque temps et tellement infiltré d'une sérosité rougeâtre, que la forme des parties était absolument méconnaissable. Une seconde grossesse survint; des signes manifestes de pléthore exigèrent l'emploi de la saignée. L'avortement eut encore lieu avec les mêmes circonstances; mais seulement du sixième au septième mois. Je pensai que la saignée aurait une influence favorable pour prolonger le terme de la grossesse. Dans une troisième grossesse, je la mis en usage dès que le plus léger indice de pléthore se fit apercevoir; la grossesse se prolongea jusqu'au commencement du neuvième mois; mais il n'y eut pas d'hydropisie de matrice, et cette dame donna le jour à une petite fille bien portante et qui s'est élevée jusqu'à l'âge de quatre ans. Une quatrième grossesse, pendant laquelle la saignée ne fut pas ménagée, parvint à son terme naturel, et donna naissance à un enfant fort, qui est encore vivant. Lors d'une cinquième grossesse, l'avis d'un médecin qui n'avait pas été témoin de ces antécédents, et qui redoutait l'usage de la saignée chez une épileptique, jeta de l'indécision dans l'esprit de la famille; il fallut attendre des signes évidents de pléthore pour tirer du sang. Une saignée seulement fut pratiquée. La grossesse se développa sans accidents; mais vers le sixième mois la matrice prit rapidement un grand développement. Dès que je m'en aperçus, je fis une saignée. Il était probablement trop tard; les contractions utérines se manifestèrent, et l'avortement eut lieu en même temps que l'expulsion d'une grande quantité de liquide, que je puis bien évaluer à quatre ou cinq pintes. Enfin une sixième grossesse, dans laquelle je puis dire que la saignée fut prodiguée, eut un résultat heureux.

L'hydramnios peut survenir à la suite d'une transpiration arrêtée, comme dans le cas suivant.

Obs. XIII. — Une femme grosse de cinq mois, convalescente d'une maladie grave, travaille dans les champs, et toute couverte de sueur elle boit une grande quantité d'eau froide. Elle ressent sur-le-champ des frissons, une douleur vive dans la région hypogastrique; et bientôt tous les symptômes d'une inflammation violente de la matrice et du péritoine se développent. Un traitement antiphlogistique produit une grande diminution des symptômes et amène, vers le dixième jour, une espèce de convalescence. Cependant, le quatorzième jour, les parents de la malade, effrayés du volume du ventre, appellent de nouveau le médecin, qui reconnaît que les douleurs et les symptômes fébriles existent encore, mais à un degré modéré, et que la matrice, volumineuse comme elle est à la fin d'une grossesse ordinaire, produit la distension de l'abdomen. Le quinzième jour surviennent de nouvelles douleurs dues à des contractions utérines qui, le lendemain au soir, déterminent l'expulsion d'un fœtus qui donne à peine quelques signes de vie. L'utérus ne s'affaisse pas; après un repos de trois heures, un nouveau travail se déclare et fait descendre dans le vagin une vessie flexible et allongée, dont l'ouverture donne issue à un fœtus vivant et à plus de dix livres d'une eau trouble et blanchâtre dans laquelle nageaient des morceaux d'une substance semblable à du lait caillé. Le placenta était très-rouge; les membranes, plus épaisses qu'à l'ordinaire, formaient un sac très-vaste; l'amnios, opaque et très-épais, était recouvert sur sa face fœtale d'une fausse membrane concrète, adhérente, albumineuse, de la même nature que la substance qui nageait dans l'eau de l'amnios. Cette surface ayant été nettoyée, parut rosée, et présentait çà et là des traces rouges de diverses formes, soit des veines sanguines, flexueuses, entortillées; indices évidents d'une inflammation. Le chorion était sain. Les suites de cet avortement n'offrirent rien de remarquable (*Dict. de méd.* en 18 vol.).

Cette observation présente un bien grand intérêt en ce qu'elle nous montre un cas unique, mais bien évident d'inflammation de l'amnios; elle est surtout propre à nous éclairer sur la nature de cette membrane. Il serait nécessaire que les praticiens qui rencontreront dans leur pratique des hydramnios, examinassent bien cette poche.

On a vu l'hydramnios succéder à une affection de poitrine qui avait cessé subitement, ou à cause d'un traitement antiphlogistique trop énergique, de la suppression d'un écoulement habituel, ou de la répercussion d'une maladie exanthématique ou à la suite d'affections morales tristes.

Obs. XIV. — Madame Caulaert, jeune personne d'une bonne constitution, mariée depuis quelques

Digitized by Google

années, ayant eu deux accouchements naturels et à terme, et un avortement, fut atteinte pendant le cours de 1834 d'une affection aiguë de la poitrine, dont la cause probable fut un refroidissement, au moment où elle était en transpiration. Ayant subi pendant longtemps un traitement antiphlogistique énergique, on vit enfin tous les symptômes s'amender presque tout à coup. On s'aperçut alors, qu'elle était enceinte et que sa grossesse pouvait être de quatre à cinq mois. Il est probable que cet état contribua tout autant que le traitement actif qui fut employé, à améliorer l'affection pectorale.

A cette époque, ses deux enfants, qu'elle aimait tendrement, contractèrent successivement l'hydrocéphale aiguë et en moururent. Le chagrin qu'elle en ressentit fut des plus vifs et pendant longtemps, elle versa des larmes. Cette femme avait le plus grand désir d'avoir des enfants, mais ayant déjà eu un avortement et se trouvant encore valétudinaire elle craignait d'éprouver encore le même malheur.

A la suite de toutes ces affections morales, on remarqua bientôt que le développement de l'abdomen devenait considérable et tellement rapide, qu'on pouvait le constater tous les jours. Depuis quatre à cinq semaines, son ventre avait un volume énorme, l'abdomen était développé bien au delà de ce qu'il est ordinairement au terme de la grossesse, il était tendu, indolore, la peau en était luisante, quand on la pinçait, la malade n'éprouvait aucune douleur, on sentait une fluctuation bien sensible, en palpant avec attention on reconnaissait que l'utérus remplissait toute la cavité abdominale jusqu'à l'épigastre, les organes abdominaux étaient refoulés vers la poitrine; aussi y avait-il dyspnée, petite toux sèche, perte de l'appétit, vomissements fréquents, constipation, un point douloureux sous les fausses côtes droites, pouls accéléré, la malade ne rendait les urines qu'en petite quantité, une ou deux onces à la fois; elle était extrêmement agitée, ne pouvant rester ni couchée ni assise, les extrémités inférieures étaient œdématiées.

Pendant la nuit du 5 janvier 1835, tous les symptômes augmentèrent d'intensité, le médecin traitant pratiqua une saignée et ordonna des boissons rafraîchissantes. Le lendemain 6, je fus appelé pour la première fois; après avoir remarqué les symptômes précédents, qui me firent reconnaître une hydropisie de la matrice avec grossesse, je procédai au toucher et sentis que le col était dilaté à permettre l'introduction du doigt. La malade n'ayant plus perçu les mouvements de son enfant depuis la veille, je témoignai au mari mes craintes d'un avortement prochain; pour remédier autant que possible à son malaise, et au point de côté dont elle se plaignait, je prescrivis une application de 12 sangsues, des cataplasmes émollients, un lavement de même nature, et la diète lactée.

Le 7, elle se trouvait mieux, la gêne avait un peu diminué; point de selle, les autres symptômes comme le jour précédent; seulement, le col utérin moins dilaté. Je lui fis prendre huile de ricin ℥ii, ce qui lui procura trois selles, et pendant quelques heures, elle se disait à son aise.

Le 8, persistance des symptômes. Convaincu que l'avortement était inévitable, et dans la crainte de ne pouvoir l'attendre, vu la distension énorme de l'utérus qui me faisait craindre incessamment sa rupture, et afin de diminuer autant que possible l'impression morale qu'elle pouvait éprouver en n'atteignant par le terme de sa grossesse sans en être prévenue, j'y préparai peu à peu l'esprit de la malade, et lui dis que je supposais l'enfant mort ou bien malade, et que l'énorme quantité d'eau que renfermait la matrice était probablement due à la maladie du fœtus.

Le 9, on vint me chercher vers les quatre heures du matin; à mon arrivée, la dame me dit qu'elle ne pouvait plus supporter cette tension, qu'elle avait eu toute la nuit des douleurs dans les lombes qui se dirigeaient vers la vulve. Comme elle n'avait point uriné depuis la veille, je voulus la sonder, mais il me fut impossible de pénétrer dans la vessie. Par le toucher, je sentis le col utérin bien dilaté et aminci, la poche des eaux bien formée, les douleurs augmentant de moment en moment et étant véritablement expulsives, je prévins que l'accouchement allait avoir lieu. La malade étant placée convenablement et couchée sur un petit lit de travail, je parvins après quelques efforts à rompre les membranes, qui étaient beaucoup plus résistantes et plus épaisses qu'elles ne le sont ordinairement. Aussitôt qu'elles furent ouvertes, il s'échappa avec force une masse d'eau limpide tellement considérable que nous en fûmes tous frappés; elle continua à s'écouler pendant plusieurs minutes, tout le plancher de l'appartement en était inondé. Je fis autant que possible ramasser ces eaux, au moyen de linges que je faisais tordre ensuite dans un seau, et l'ayant fait mesurer nous en trouvâmes encore vingt litres. Aussitôt les eaux écoulées, cette dame se trouva soulagée, et le volume du ventre se réduisit tout d'un coup, presque à son état naturel. Je sentis la tête de l'enfant s'engager, quelques douleurs la portèrent bientôt au détroit inférieur, où elle s'arrêta. En recherchant quel était l'obstacle qui l'empêchait de descendre davantage, je sentis du côté droit une tumeur que je reconnus pour la tête d'un second enfant qui voulait franchir ce détroit en même temps. Un instant, je crus avoir à faire à un bicéphale. Repoussant avec les doigts de la main gauche la tête du second enfant, et ayant introduit l'indicateur et le médius de ma main droite sur les parties latérales du col du premier fœtus, les recourbant sur les angles de la mâchoire, je m'en servis comme d'un double crochet pour extraire l'enfant; opérant de la même manière pour le second, l'accouchement fut terminé au même instant. Les deux enfants étaient

Digitized by Google

vivants ; il vécurent environ vingt-quatre heures et ne paraissaient être que de six mois, à en juger d'après leur développement et leur poids.

Des frictions sur la région hypogastrique, et quelques *tractions* sur le cordon ombilical n'amenant *pas la sortie* du placenta, j'introduisis la main dans la matrice et je détachai avec beaucoup de peine le placenta, qui adhérait fortement. Après l'extraction de l'arrière faix, la malade, mise au lit, éprouva une syncope, à laquelle succéda une hémorrhagie utérine des plus fortes. Je la couchai horizontalement, je fis ouvrir les fenêtres, et faire des applications d'eau froide vinaigrée sur les cuisses et l'abdomen. Ces moyens modérèrent la perte. Quoiqu'on eût eu la précaution de serrer assez fortement l'abdomen, la malade eut encore quelques syncopes. Une heure après, l'hémorrhagie ayant augmenté de nouveau, je prescrivis deux gros de seigle ergoté en décoction avec une once de sirop de menthe à prendre par cuillerées de dix en dix minutes ; après la seconde cuillerée, des contractions utérines se développèrent qui procurèrent l'expulsion de quelques caillots, et la cessation de l'hémorrhagie.

La malade extrêmement faible, cessa de prendre cette potion ; quelques heures après elle s'endormit pour la première fois depuis huit jours ; à son réveil, elle se trouva bien, on lui accorda un bouillon.

Le troisième jour, la fièvre de lait eut lieu, et la malade se rétablit aussi promptement qu'après la grossesse la plus naturelle. Cette dame eut encore un ou deux avortements sans complication d'hydromètre, l'un de ces avortements fut le résultat d'une maladie du placenta qui était devenu comme cartilagineux, ce qui occasionna la mort du fœtus. Depuis, cette dame accoucha d'un enfant vivant, elle jouit d'une bonne santé et tout fait croire qu'elle deviendra encore mère.

Symptômes.—Nous rencontrons les mêmes difficultés pour indiquer les symptômes d'hydramnios, que celles que nous éprouvions pour exposer ceux de l'hydromètre ascitique. En effet, les symptômes de la première ne sont ni moins obscurs, ni plus constants. Ceux que nous pensons pouvoir plus particulièrement aider à faire reconnaître cette affection sont : l'accroissement rapide de l'utérus et de l'abdomen qui se fait de bas en haut, le ventre se développe principalement en avant tandis qu'il est aplati sur les côtés et en arrière, une douleur sourde dans la région de cet organe, un sentiment de pesanteur dans le bassin, une fluctuation plus ou moins évidente, un malaise, des douleurs aux lombes et dans les cuisses, une gêne dans la respiration, quelquefois des vomissements, de la constipation. La sécrétion rénale est diminuée, œdème des extrémités inférieures. Les signes de la grossesse ont précédé le développement excessif de l'utérus ou existent simultanément avec lui. Le volume de la matrice peut n'être pas plus grand que dans la grossesse à terme ; mais il n'est pas en rapport avec l'époque présumée de la gestation ; on sent le ballottement d'un corps solide au milieu du fluide, soit à travers les parois abdominales, soit en portant le doigt dans le vagin. Le bruit placentaire et la circulation fœtale sont moins sensibles par l'auscultation que dans la grossesse simple, quelquefois même ils sont imperceptibles. Le col utérin est toujours très élevé ; il l'est même davantage que dans la grossesse ordinaire.

Ces signes pourront suffire pour établir le diagnostic de cette affection, qui, examinée avec soin, pourra être reconnue ; mais il ne faut pas perdre de vue, qu'excepté le développement prompt et considérable de l'utérus, la forme du ventre et la fluctuation, les autres symptômes sont peu constants. Quelquefois il n'existe aucun signe de grossesse, ou ils ne paraissent que douteux et comme le dit fort bien Chambon, les mouvements de l'enfant peuvent être simulés par des causes étrangères, à moins que la grossesse ne soit très-avancée et que les femmes n'aient déjà été mères, parce qu'alors elles les distinguent mieux ; d'ailleurs, dit-il, les enfants sont ordinairement plus faibles dans cette circonstance, et les mouvements sont plus difficiles à reconnaître. C'est donc avec raison que Van Swieten assure que les personnes les plus habiles pourront se tromper dans le diagnostic.

M Gabriel Pelletan (1) a publié une observation d'hydromètre chez une femme enceinte qui fut méconnue par deux médecins et une sage femme. Nous la reproduisons ici, comme une preuve à l'appui de ce que nous avons avancé plus haut, qu'il est facile de se tromper dans le diagnostic de cette affection.

Obs. XV.—Madame C., d'une assez bonne constitution, réglée à 14 ans, mariée à 26, devenue enceinte immédiatement, fit successivement deux fausses couches à sept mois de conception. Dans les neuf années suivantes elle devint mère de trois enfants, dont deux sont encore vivants. A 35 ans, ayant cessé d'allaiter une fille de 14 mois, l'aménorrhée qui existait alors, dura encore quatre ans, sans empêcher une nouvelle grossesse d'avoir lieu. L'accouchement fut à terme et heureux, la mère ne nourrit point, et cependant ce fut seulement cinq mois après que les règles reparurent pour venir à des époques variables.

Vers la fin du mois d'août 1833, à 41 ans et demi, nouvelle aménorrhée, sans aucun des symptômes indiquant une grossesse. La dame C. n'éprouve que la continuation de nausées légères, qui l'incommodaient déjà depuis un temps assez long. Trois mois plus tard, le volume du ventre était peu augmenté. Mais dès lors il s'accrut de jour en jour d'une ma-

(1) *Encyclogr.*, tom. XXII, 1re série *Arch.*, pag. 9.

nière extraordinaire. A la même époque, les douleurs se firent sentir dans la région lombaire droite.

Un médecin consulté examine le ventre et annonce une hydropisie abdominale d'une très-difficile guérison. Il fait en deux fois poser quarante sangsues sur le lieu douloureux, ce qui soulage peu, et n'empêche pas l'hydropisie de faire toujours de rapides progrès. Un second médecin, appelé dans les premiers jours de janvier 1834, promet la guérison. Ayant par des purgatifs déterminé des évacuations alvines assez abondantes, l'hydropisie parut diminuer, mais bientôt le contraire eut lieu. Alors le médecin eut recours aux diurétiques généralement conseillés, tels que le nitre, les préparations de scille, de digitale. Ce traitement fut, sans aucun succès, continué pendant 12 jours. Dans la nuit du 15 au 16 janvier, des douleurs vives qui, de la région lombaire gauche se dirigeaient vers le bas-ventre, font présumer à la malade qu'elle pourrait être enceinte et sur le point d'accoucher. Cependant elle n'a jamais senti de mouvements d'enfant. Elle fait venir une sage-femme qui, après avoir pratiqué le toucher, affirme aussi que la maladie est une hydropisie abdominale, et qu'il n'y a pas de grossesse. Dans la journée du lendemain, les douleurs étant disparues, le diagnostic de la sage-femme parut confirmé. Je fus appelé le 19 janvier.

La maigreur générale, l'abattement des traits, l'enfoncement des yeux, l'air de souffrance, font craindre une affection organique très-grave; le volume de l'abdomen, beaucoup plus grand qu'il ne le serait par suite d'une grossesse de neuf mois, peut faire croire à une ascite. Je fus bientôt éloigné de l'existence d'une semblable maladie, 1° par la forme du ventre, qui, de même que dans la grossesse était arrondi à la partie antérieure et porté en avant, tandis qu'il était aplati sur les côtés et en arrière; 2° par une fluctuation, nulle aux parties latérales et postérieures, très-évidente dans toute la partie antérieure de l'abdomen, d'où elle répondait à l'orifice utérin; 3° enfin par le membre inférieur d'un fœtus, facilement touché en portant le doigt dans le col de l'utérus.

J'obtins ainsi la certitude que la maladie était une grossesse avec excès de liquide renfermé dans sa membrane amnios.

Mais cette grossesse était-elle simple ou double? le produit de la conception était-il vivant?

La souplesse du col de l'utérus permettant au doigt indicateur d'explorer à travers les membranes de l'amnios une assez grande surface du fœtus, il me parut évident que tous les mouvements que j'imprimais étaient reçus par un corps privé de la vie. Néanmoins je dois convenir que le doute devait encore être admis, d'autant plus que l'auscultation n'apprenait rien à ce sujet.

La question relative à un second fœtus, à son état de vie, resta toute entière à décider sans qu'il me fût possible d'en obtenir la solution. Ce qui n'était point douteux, c'est que la grande masse du liquide contenu dans l'utérus déterminait sur la totalité des viscères abdominaux et par l'intermédiaire du diaphragme sur ceux des cavités pectorales, une pression tellement énergique, que la gêne de la respiration était très-grande; que déjà depuis plusieurs jours non-seulement aucun aliment ne pouvait plus passer, mais encore que l'estomac rejetait, par le vomissement, toute espèce de boisson, quelque petite que fut la quantité ingérée. Cette dernière circonstance et la pression exercée sur la vessie, font connaître la cause qui faisait que l'urine était très-rouge, très-épaisse, en très-petite quantité, et qu'elle était rendue fréquemment.

La malade, lorsqu'elle était debout, supportait avec peine le poids du liquide épanché; plus gênée lorsqu'elle était assise, elle ne pouvait au lit que rester couchée sur le dos, et encore pour diminuer la pression, elle était obligée de soutenir son ventre en mettant ses mains sous les parties latérales et postérieures de l'abdomen, ce qui nécessitait une action continue, et l'empêchait de se livrer au sommeil. Dans toutes les autres positions du corps, la pression sur les viscères abdominaux ou sur le bord antérieur du bassin, les tiraillements des ligaments de l'utérus déterminaient des douleurs insupportables.

La dame C., très-affectée de sa pénible position, voyait son existence menacée, et cependant elle sentait que le poids qui l'accablait était la seule cause de sa maladie, et que s'il était enlevé elle renaîtrait à la vie.

Cet espoir, qui paraissait seul la soutenir, était devenu pour moi une certitude, lorsque j'eus reconnu la cause de ses souffrances. L'hydropisie toujours croissante étant arrivée au dernier terme auquel la malade pouvait la supporter sans danger pour la vie, il était évidemment impossible qu'elle pût attendre le temps nécessaire pour la viabilité du produit de la conception.

Comme, d'après les observations des auteurs, il devenait plus que probable que la masse du liquide ambiant, si funeste à la mère, serait un obstacle au développement et à la vie de ce même produit de la conception, supposé qu'il fût encore vivant, comme d'ailleurs l'affaissement du col de l'utérus, sa mollesse, les douleurs ressenties trois jours auparavant, les fréquents besoins d'uriner indiquaient un travail d'accouchement seulement suspendu; comme les parties extérieures de la génération étaient encore dans leur état ordinaire, on ne pouvait, surtout à cause de la cessation des douleurs, préciser rigoureusement l'époque à laquelle ce travail reprendrait son cours; comme l'état du col de l'utérus pouvait, surtout après l'évacuation du liquide, faciliter les manœuvres nécessaires pour extraire un fœtus qui ne pouvait avoir au plus que cinq mois; comme il ne pouvait qu'être fâcheux

Digitized by Google

d'attendre seulement quelques jours que le travail de l'accouchement reprît; tandis qu'il était avantageux d'obtenir le plus promptement possible la délivrance d'une femme qui, par son état de faiblesse, de souffrance, par la privation absolue d'aliments, de boissons et de sommeil, devenait de jour en jour moins favorablement disposée pour supporter les fatigues d'un accouchement, je me décidai à vider la matrice.

A l'aide d'une pince à pansement, je déchirai la partie de la membrane qui se présentait à l'orifice du col de l'utérus, et je profitai, pour évacuer graduellement le liquide et le recueillir, de ce que l'ouverture du col en s'appuyant sur la paroi postérieure du vagin, mettait obstacle à l'écoulement des eaux, tandis qu'il était facilité en relevant avec le doigt son bord antérieur.

A peine une pinte de liquide avait-elle été évacuée, que la malade se trouva beaucoup soulagée. Lorsque j'en eus retiré près de la moitié de ce qui y était contenu, une légère lipothimie nécessita l'usage de quelques cuillerées d'eau sucrée unie à partie égale de vin.

Je retirai huit pintes de sérosité d'une légère couleur jaune-verdâtre, sans compter la quantité perdue dans le lit, laquelle fut suffisante pour mouiller largement et de part en part trois matelas.

Les forces suffisamment ranimées et après un repos convenable, à l'aide des doigts je dilatai peu à peu le col, de manière à permettre l'extraction du fœtus que j'avais touché en premier lieu. Amené par les pieds, la tête fut extraite à l'aide du forceps, qui me servit principalement comme un moyen puissant pour dilater le col. Ce fœtus avait environ quatre mois et demi; son état général indiquait qu'il était mort depuis quelques jours. Dans les derniers temps de son extraction j'ai senti un second fœtus. Celui-ci, en présentant la tête vint très-facilement; à sa suite, fut retiré le double placenta qui s'était, en second lieu, offert à l'orifice utérin. Enfin le tout fut terminé par la sortie d'une quantité de sang aussi considérable que celle qui serait résulté d'un accouchement à terme.

D'après la lividité de toute la surface du corps, la facilité avec laquelle l'épiderme se détachait, je crois que ce second fœtus, plus petit que le premier, pouvait être mort depuis sept à huit jours: il me paraît aussi probable que sa mort fut la cause de celle du premier, et qu'elle provoqua la fausse couche déclarée le 15 janvier.

Pendant tout le temps de la manœuvre, qui, en y comprenant les moments de repos, dura tout au plus deux heures et demie, la matrice, revenant sur elle-même au fur et à mesure qu'elle était vidée, ne donna pas le moindre signe d'une contraction expulsive: aucune douleur d'enfantement ne fut éprouvée, et les tentatives faites pour dilater le col furent même peu douloureuses.

La dame C., ne sachant comment exprimer son bien-être, fut remise dans son lit; toute la surface de son ventre fut recouverte d'un cataplasme, et une diète rigoureuse, une infusion de tilleul édulcorée, la plus grande tranquillité, furent conseillées.

Toutes les boissons passèrent; dans la journée les urines reprirent leur cours ordinaire; les lochies coulèrent en abondance pendant deux jours, une légère fièvre de lait se manifesta, et le septième jour, sans avoir éprouvé le moindre accident, la malade était en parfaite convalescence.

Obs. XVI. — Une jeune femme, mère d'un enfant de quatorze mois, vint consulter M. le docteur Jaubert; voici comment elle lui expliqua sa maladie. Depuis huit mois à huit mois et demi, les règles étaient supprimées, elle se crut enceinte, mais n'ayant éprouvé aucune des incommodités qui avaient accompagné sa première grossesse, ayant, au contraire, joui d'une bonne santé, et son ventre n'ayant acquis aucun développement, elle changea d'idée, et n'employa aucun moyen pour remédier à son aménorrhée. Depuis six semaines, sans cause apparente, son ventre commença à augmenter de volume; il se développa avec tant de rapidité que tous les jours on pouvait en apercevoir les progrès; il avait en quelques jours dépassé déjà le volume qu'il a ordinairement à la fin de la grossesse. Elle se plaignait de douleurs lombaires, de tension incommode dans l'abdomen, l'estomac rejetait aussitôt ce qu'elle prenait soit liquide, soit solide. Ces vomissements étaient dépendants du refoulement de l'estomac, les urines étaient peu abondantes, les extrémités inférieures n'étaient pas œdématiées. Le ventre n'était point aplati ni en arrière ni sur les côtés, il était uniformément distendu; la tension était telle qu'on ne pouvait le déprimer; la fluctuation était si évidente qu'elle semblait sous-cutanée; on ne sentait aucun mouvement. Ne voulant pas sur une première exploration établir son diagnostic, M. Jaubert lui conseilla un régime convenable, et lui prescrivit quelques diurétiques. Le lendemain, son ventre semblait un peu moins volumineux, les urines avaient été plus abondantes, on continua pendant quelques jours le traitement, mais le mieux ne continua pas; au contraire, le malaise et les douleurs augmentèrent, la respiration devint gênée, et la malade était dans l'impossibilité de se coucher. C'est alors que M. Jaubert me demanda pour visiter avec lui cette malheureuse. Je reconnus tous les symptômes que je viens d'énoncer; et comme en palpant l'abdomen et par le toucher vaginal, je ne pouvais parvenir à opérer le ballottement, sans doute à cause de l'impossibilité d'atteindre le col qui était très-élevé: considérant que la suppression des menstrues datait de huit mois et demi, que depuis six semaines seulement, le ventre avait commencé à se développer, que ce développement avait été rapide vu le volume que le

ventre avait acquis, que la femme n'avait éprouvé aucune des incommodités qui accompagnent la grossesse, je dis à mon collègue que je croyais à l'existence d'une hydropisie enkystée, dont la matrice était le siége, enfin que je regardais la maladie comme étant une hydromètre ascitique. Le lendemain, la femme ayant souffert des douleurs plus fortes pendant toute la nuit et la journée, un troisième collègue que nous avions appelé pour examiner la malade, en la touchant, sentit la matrice très-basse, son orifice dilaté, une poche qui se présentait dans cette ouverture, et il crut aussi sentir un corps dur. Cette investigation fit disparaître toute obscurité et nous ne pûmes plus méconnaître un hydramnios. Ces signes annonçant un travail prochain, nous recommandâmes à la femme de se tenir tranquille, et de faire chercher l'un de nous, aussitôt que les douleurs augmenteraient d'intensité. En effet pendant la nuit on vint m'appeler je fis lever la femme pour explorer l'état du col utérin; aussitôt que mon doigt toucha la poche des eaux qui se trouvait dans le vagin, sans aucun effort de ma part, elle se rompit, et il s'en écoula une énorme quantité d'eau. Deux chambres contiguës dont se composait la demeure de cette femme, en furent inondées et l'eau coulait jusque sur la cour; je puis sans exagération évaluer à trente livres la quantité de liquide qui s'écoula.

Je retirai ma main qui était dans le vagin afin de me débarrasser de mon habit dont la manche était mouillée par les eaux de l'amnios. Pendant ce temps, il survint une douleur et un enfant tomba à terre, le cordon ombilical s'étant rompu. Je le ramassai aussitôt et vis qu'il vivait, je fis coucher la femme, j'introduisis ma main dans la matrice, j'y trouvai un second enfant couché en travers, j'en fis la version et l'amenai par les pieds avec la plus grande facilité. Il vivait aussi, mais ils succombèrent tous deux au bout de quelques minutes; ils avaient la taille et le volume de fœtus de cinq mois. Quelques moments après, le placenta fut expulsé, la malade se trouva aussitôt débarrassée de toutes les incommodités qu'elle avait éprouvées, la fièvre de lait survint à l'époque ordinaire et la malade se rétablit en fort peu de temps.

Le diagnostic de l'hydramnios peut être rendu, plus difficile, parce que cette affection peut exister simultanément avec d'autres maladies. C'est ainsi que l'augmentation anormale des eaux de l'amnios peut exister simultanément avec la présence d'une môle charnue ou d'un polype dans l'utérus; avec une ascite, ou l'altération d'un autre organe.

Cette difficulté est souvent si grande que l'on n'évite de confondre cette maladie avec d'autres affections qui offrent les mêmes symptômes et par contre des malheurs, qu'en prenant les plus grandes précautions et en examinant avec la plus grande attention les signes ou circonstances même les plus futiles. Nous croyons donc ne pouvoir en citer trop d'exemples. C'est ce qui nous fait rapporter le cas suivant.

Obs. XVII (1). — Dans le mois d'avril 1837, M. Aliprandi a été appelé auprès d'une jeune femme enceinte de quatre à cinq mois et hydropique. L'hydropisie s'était déclarée en même temps que la grossesse. A l'examen, M. Aliprandi trouve un ventre d'un volume extraordinaire et fluctuant manifestement sur tous les points. D'un autre côté, la femme avait senti remuer son enfant, ce qui ne laissait aucun doute sur l'existence de la grossesse. Plusieurs médecins appelés en consultation ont pensé comme lui qu'il y avait ascite en même temps que grossesse, et qu'il fallait pratiquer la paracenthèse. Cependant M. Aliprandi crût devoir différer l'opération, et désira attendre quelques jours avant de se décider tout à fait. L'abdomen était surtout très-proéminent en avant, il tombait sur les cuisses, et la femme ne se plaignait principalement que de douleurs atroces aux reins; elle ne pouvait rester couchée, et était obligée de passer ses nuits assise sur une chaise, ou debout penchée en avant, et appuyée devant un lit. Ces circonstances, comparées à celles qu'avait présentées une autre femme enceinte et ascitique que M. Aliprandi avait ponctionnée avec succès quelques années auparavant, lui ont fait présumer qu'il s'agissait dans ce cas, de grossesse compliquée d'hydropisie de l'utérus, et non d'une véritable ascite; il s'est surtout basé sur les raisons suivantes : 1° l'abdomen bien que tuméfié outre-mesure en avant et en bas ne l'est pas beaucoup en haut ni sur les côtés. La malade effectivement ne se plaint pas beaucoup de dyspnée. Or, dans l'ascite qui coexiste avec la grossesse, l'utérus remplissant l'hypogastre fait refouler les eaux en haut et sur les hypochondres, la dyspnée est extrême, la femme suffoque, et les côtés du ventre sont fort saillants et fluctuants; tels étaient en effet les phénomènes qu'avait présentés une femme opérée par Scarpa et celle qu'avait traitée M. Aliprandi lui-même; 2° indépendamment du ventre ainsi conditionné, la femme ne présentait pas les autres caractères propres à l'ascite; les traits du visage n'étaient pas très-altérés; il n'y avait pas de soif; les urines n'étaient pas très-rares ni briquetées; 3° enfin, le toucher vaginal, joint à la compression hypogastrique, faisait sentir manifestement une fluctuation aussi étendue de ce côté qu'à la partie antérieure du ventre. Ces raisons ont fait déconseiller la paracenthèse, et attendre que la nature vint à vider d'elle-même les eaux par une fausse couche. Ce qui a été prévu est arrivé. Neuf jours après, les douleurs de l'accouchement se sont

(1) Cette observation est due à M. Aliprandi, qui l'a fait insérer dans le *Repertorio delle Scienze mediche del Piemonte*.

Digitized by Google

déclarées, et la femme a rendu deux petits fœtus précédés de l'écoulement de plus de vingt livres d'eau, et le ventre s'est affaissé. Les suites ont été assez orageuses ; mais la femme a fini par guérir après une longue convalescence.

Pronostic. — Si l'on éprouve beaucoup de difficultés pour indiquer les causes et pour établir le diagnostic de l'hydramnios, son pronostic est au contraire, des plus faciles. En effet, dans cette affection l'utérus est presque toujours sain. Cet organe d'après sa structure et ses fonctions, lorsqu'il est arrivé à un certain point de développement réagit sur les parties contenues dans sa cavité, et la nature se suffit le plus souvent pour évacuer les eaux ; d'autant plus que dans cet état l'orifice utérin est toujours plus disposé à se dilater. Dans quelques cas cependant, le développement de l'utérus et l'amincissement de ses parois peuvent être poussés jusqu'à en occasionner la rupture, si l'art ne vient à son secours. Cet accident peut survenir, surtout, si l'orifice utérin est fermé par une membrane, si ses bords sont adhérents, squirrheux ou cartilagineux ; l'accoucheur doit donc toujours s'assurer de l'état de cette partie. Lieutaud dit que dans quelques cas, l'évacuation subite de la sérosité a été suivie de la mort. Ces cas sont sans doute très-rares, mais l'on rencontre parfois la même chose dans l'évacuation de la sérosité dans l'ascite. Nous pouvons donc dire qu'en général, cette maladie est peu grave pour la mère, puisque, presque toujours, la collection est évacuée par les seules forces de la nature ; qu'une fois le liquide évacué, les membranes qui le renfermaient ne tardent pas à être expulsées, ainsi que le fœtus et le placenta. Le siège propre de la maladie n'existant plus, la maladie est guérie et on n'a que rarement à craindre la récidive. Cependant dans certains cas, on voit l'hydramnios se reproduire ; nous en avons rapporté un exemple dans l'observation 12^e : dans ces cas, un traitement préservatif, dans lequel on se dirigera d'après la nature présumée de la cause, sera de la plus grande utilité.

Si cette maladie offre peu ou point de danger pour la mère, il n'en est pas de même pour l'enfant. Il est bien rare en effet, qu'une grossesse compliquée d'hydromètre arrive à son terme ; alors même le plus souvent, l'enfant est mort. Si l'expulsion a lieu avant cette époque les chances de vie pour l'enfant sont encore moindres ; dans tous les cas, les enfants sont généralement petits et faibles, et s'ils naissent vivants leur existence ne se prolonge que de quelques minutes, rarement de quelques heures.

(*La suite au prochain numéro.*)

—

Recherches pour servir à l'histoire de la pneumonie chronique ; par M. Lebert, D.-M.-P., médecin à Nogent-le-Rotrou.

« L'observation clinique et anatomico-pathologique des hôpitaux, toujours féconde par elle-même, » donnera cependant des résultats différents, en » raison de la différences des sujets, des pays, de » la situation, de l'exposition, etc. » (Broussais, *Hist. des phleg. chr.*, *préf.*, p. xvij.)

Après les beaux travaux de Laënnec sur les maladies de poitrine, et en particulier sur la pneumonie, dont plusieurs médecins distingués ont fait encore récemment une étude toute spéciale, on serait tenté de croire qu'il ne reste plus rien à dire au sujet de cette affection.

En effet, l'inflammation aiguë du poumon peut être considérée aujourd'hui comme une des maladies les mieux connues. Mais il n'en est pas de même de la pneumonie chronique que les pathologistes ont à peu près oubliée de nos jours, et dont l'histoire, fort incomplète, est encore presque toute à faire. Cette différence dépend sans doute de ce que 1° la pneumonie chronique est beaucoup plus rare que la pneumonie aiguë ; 2° qu'elle se développe ordinairement dans des circonstances particulières ; et 3° qu'un fort petit nombre de médecins se trouvent convenablement placés pour ce genre d'observations. Peut-être aussi doit-on tenir compte de l'étrange confusion que les auteurs ont introduite dans les mots qui servent à désigner les différents caractères anatomiques de la pneumonie, les uns appliquant à l'état aigu les expressions qui ne conviennent qu'à l'état chronique, et *vice versa*, tandis que d'autres emploient indifféremment les mêmes termes pour exprimer des choses différentes, et des termes différents pour exprimer les mêmes choses.

Les recherches qu'on va lire n'ont pas seulement pour but de faire cesser un pareil état de choses, mais encore de rappeler l'attention des observateurs sur la phlegmasie chronique du poumon. Puissent-elles en même temps éclairer un peu ce point important de pathologie !

La connaissance de la pneumonie chronique ne remonte guère au delà du commencement de ce siècle. Du moins les écrits publiés avant cette époque ne renferment-ils rien qui puisse en donner une idée suffisamment exacte. Dans différents endroits de son ouvrage sur le *siége et les causes des maladies*, et notamment dans les vingtième et vingt et unième lettres consacrées à la *douleur de poitrine*, Morgagni parle bien de l'*induration* du poumon qui présentait, dit-il, l'*aspect et la consistance du foie*. Mais, outre que cet auteur ne considère pas lui-même la lésion dont il s'agit comme le caractère propre de la pneumonie chronique, les symptômes

et la marche de la maladie qu'il décrit sont, à n'en pas douter, ceux de l'inflammation aigue du poumon.

Au reste, il se sert à peu près constamment des mêmes expressions pour désigner les deuxième et troisième degrés de la pneumonie, dans lesquels le tissu pulmonaire, devenu rouge ou grisâtre, lui paraissait en même temps *plus ou moins dur et semblable au foie*. Cela suffit, ce me semble, pour prouver qu'aux yeux de cet illustre observateur, l'*induration pulmonaire* n'était autre chose que ce qu'on est convenu d'appeler *carnification*, mais plus généralement *hépatisation*, et ce que M. le professeur Andral désigne sous le nom de *ramollissement*.

A l'époque où parut, pour la première fois, l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, la science ne possédait encore que quelques dissertations inaugurales qui traitassent de la pneumonie du même nom. A la vérité, leurs auteurs en ont donné, pour la plupart, une description tellement obscure et incomplète, qu'il serait, le plus souvent, difficile de dire au juste s'il est question de la pneumonie chronique plutôt que de la pleurésie, du catarrhe ou de la phthisie pulmonaire. Néanmoins, on ne peut pas douter qu'ils ne l'aient observée, et même assez fréquemment, si l'on en juge par le nombre des observations auxquelles ils ont donné ce titre. Toutefois, l'un d'eux, M. Racine, qui s'exprime le plus clairement à ce sujet, ne rapporte qu'un seul cas où l'autopsie soit venue confirmer le diagnostic. Encore se borne-t-il à dire : « Le lobe gauche était gorgé de sang; la partie inférieure du droit était comprimée par un épanchement pleurétique. Le reste de ce poumon était volumineux, ne crépitait point, et avait partout la *dureté du foie* (thèses de Paris, an XI). » La maladie était restée latente pendant longtemps et s'était ensuite terminée brusquement dans l'espace de quarante-huit heures. Mais un peu plus bas il ajoute : « L'induration partielle du poumon, et quelquefois son entière squirrhosité, constituent une des terminaisons de l'inflammation lente et chronique de cet organe. » Cette proposition, à l'appui de laquelle il invoque le fait précédent, ainsi que plusieurs autres terminés par la guérison, fait voir au moins que la pneumonie chronique n'était pas tout à fait inconnue à cette époque, et que l'*induration* du tissu pulmonaire était déjà considérée comme son caractère anatomique.

Mais c'est dans l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, publiée en 1808, que l'on doit véritablement chercher les premières notions un peu précises et complètes sur la pneumonie du même nom. Déjà les recherches dont elle avait été l'objet, reléguées dans de modestes dissertations, étaient à peu près comme non avenues, puisque Broussais lui-même paraît les avoir ignorées. Son ouvrage, plein de faits intéressants, et qui révélait en quelque sorte l'existence de tout un nouveau genre de maladies, ne pouvait pas manquer de produire et produisit en effet une certaine sensation dans le monde médical. Placé dans les conditions les plus favorables peut-être, pour observer la pneumonie chronique, l'auteur en a décrit les différents caractères avec beaucoup plus de soin qu'on ne l'avait fait avant lui. Toutefois, si l'importance et l'étendue de ses recherches permettent de lui attribuer la *découverte* de cette affection, du moins rien n'autorise à penser qu'il l'ait *inventée*. Entrevue par ses prédécesseurs, elle a encore été observée et décrite par les auteurs qui l'ont suivi. Aussi, lorsqu'on entend des médecins soutenir que son œuvre est le fruit d'une longue erreur, doit-on croire que, n'ayant pas eu l'occasion de répéter ses observations, ils n'ont pas non plus pris la peine de soumettre à une discussion approfondie les faits contenus dans l'ouvrage indiqué plus haut.

Pour détruire un pareil préjugé, qui nuit encore aux progrès de la science, je devrais maintenant aborder moi-même cette grave discussion, seulement en ce qui concerne la pneumonie chronique.

Mais, comme je me propose d'examiner la question avec soin, et d'entrer dans tous les développements nécessaires, afin de fixer définitivement les idées à cet égard, j'aime mieux faire connaître d'abord l'opinion des auteurs qui sont venus après. L'analyse succincte de leurs travaux, auxquels celui de M. Broussais a donné naissance et servi de modèle, pourra d'ailleurs préparer les esprits à juger plus sainement les observations consignées dans son *Histoire des phlegmasies chroniques*.

L'inflammation lente du poumon est encore, aux yeux de quelques médecins, une affection tellement rare, qu'ils doutent même s'ils l'ont jamais observée. Néanmoins, parmi les auteurs qui ont entrepris des recherches à ce sujet, il en est plusieurs qui, sans la considérer comme très-fréquente, en parlent pourtant comme d'une maladie assez commune. Ainsi, dès l'année 1811, dans une thèse d'ailleurs fort bien faite pour l'époque, sur la pneumonie chronique, M. Letenneur s'exprime de la manière suivante : « C'est principalement chez les enfants et les vieillards qu'on observe la pneumonie chronique et lente. L'état de faiblesse et d'inertie où se trouvent ces derniers en donne une raison suffisante. »

Ici l'auteur, qui n'avait probablement encore observé que dans les hôpitaux civils, est peut-être un peu trop exclusif. En effet, il est certaines conditions sous l'influence desquelles les individus les plus robustes sont fréquemment atteints de la maladie qui nous occupe, comme nous le verrons plus bas, et en particulier chez les militaires dont M. Broussais nous a conservé l'histoire. Du reste,

Digitized by Google

l'opinion de M. Letenneur me paraît se rapprocher beaucoup de la vérité lorsqu'il dit : « Au bout d'un certain temps la mort survient, après une agonie plus ou *moins* longue ; ou bien les symptômes de l'état aigu se réveillent, et la mort frappe le malade d'une manière imprévue et instantanée. Le premier cas s'observe ordinairement chez les sujets faibles, et qui ont langui plus ou moins longtemps ; le second, au contraire, arrive assez communément chez ceux qui sont doués d'une constitution plus robuste, et qui ont commis quelque infraction aux règles de l'hygiène. Ce double mode de terminaison par la mort a été fréquemment observé par MM. Broussais et Récamier. » (Thèse citée.)

Quant aux lésions qu'on rencontre dans la poitrine des individus qui meurent à la suite de pneumonie chronique, le même auteur les décrit en des termes auxquels je prie le lecteur de faire bien attention. « L'un des poumons, ou tous les deux à la fois, sont *endurcis*, *hépatisés*, comme on le dit, dans une étendue plus ou moins grande. Cette *induration varie* quant à son volume, sa couleur et sa consistance. La couleur de la portion *hépatisée* est tantôt grise, ardoisée, tantôt bleuâtre ou rougeâtre. Avec ces variétés de couleur coïncide ordinairement une *densité considérable, telle parfois que l'organe crie sous l'instrument tranchant.* Dans certains cas, la couleur est comme marbrée, offrant des taches blanchâtres mêlées à des points rouges, et alors la consistance est un peu moindre. A la coupe il n'en découle point de sang, tandis que les portions voisines sont très-gorgées de ce liquide. Quelquefois on a trouvé, dans la portion *endurcie*, du pus accumulé dans des kystes, ou bien disséminé dans les aréoles du tissu cellulaire, desquelles on pouvait le dégager à l'aide de lotions répétées. Les tubercules qu'on rencontre sont communément miliaires. On a remarqué que l'*induration* était, à leur voisinage, beaucoup plus résistante que partout ailleurs. » (Loc. cit.)

Assurément les caractères anatomiques dont on vient de lire la description ne conviennent qu'à la pneumonie chronique. Cependant les mots *endurcis*, *hépatisés*, employés indifféremment l'un pour l'autre, pourraient bien faire croire, si l'on n'y prenait garde, à l'existence d'une inflammation aiguë du poumon. Il est donc très-important ici, comme au reste dans toutes les sciences d'observation, de se servir d'un langage uniforme pour désigner des objets semblables. Autrement il serait impossible de s'entendre sur les choses même les plus simples, comme il est sans doute arrivé plus d'une fois pour la pneumonie. Les auteurs n'ont pas toujours distingué, d'une manière suffisante, l'état chronique d'avec l'état aigu.

La thèse de M. Bazierre, sur l'emploi du séton dans la pneumonie chronique, soutenue en 1815, va nous fournir une preuve de ce que j'avance. « Au mois de janvier et de février 1815, il se présenta, dit-il, à l'hôpital Saint-Antoine, une grande quantité de catarrhes pulmonaires aigus qui, traités convenablement, paraissaient bien guéris ; néanmoins les malades conservaient de la toux et de la difficulté à respirer. La plupart, impatients de reprendre leurs occupations accoutumées, sortirent de l'hôpital sans s'inquiéter de leur état. Au mois de mai suivant, les salles furent presque remplies de malades qui toussaient, avaient de la difficulté à respirer, et une infiltration presque générale.

» Je remarquai que c'étaient pour la plupart des individus que nous avions soignés de catarrhes pulmonaires pendant l'hiver. Ce genre de terminaison m'étonnait singulièrement. Je ne savais à quoi attribuer cette hydropisie, puisque je ne voyais pas de maladie organique du poumon ou du cœur.

» Quelques-uns moururent : je m'empressai d'interroger leurs restes, et je remarquai que chez tous il y avait *hépatisation* d'un ou plusieurs points des poumons. Chez d'autres un de ces organes était entièrement compact. Dès lors j'interrogeai avec plus de soin ceux qui se trouvaient dans les salles, et j'appris que le catarrhe n'avait point été totalement guéri lors de la sortie de l'hôpital, et que, par des imprudences commises, il avait éprouvé plusieurs exacerbations.

» Je trouvai chez tous de la toux, gêne de la respiration, son mat dans un ou plusieurs points de la poitrine, quelquefois de tout un côté. Ainsi, je restai dans l'intime conviction que ces hydropisies tenaient à une *hépatisation* du poumon qui avait été décidée par le catarrhe pulmonaire.»

Maintenant, je le demande, est-il possible d'affirmer, d'après ce qui précède, que l'auteur ait eu réellement affaire, dans ce cas, à des pneumonies chroniques caractérisées par une véritable *induration?* Sans doute, cela paraît très-vraisemblable, mais, encore une fois, rien ne prouve que l'*hépatisation* du tissu pulmonaire dont parle M. Bazierre, sans en indiquer la couleur ni la consistance, soit plutôt le résultat d'une inflammation chronique de cet organe entée sur un catarrhe aigu qu'une inflammation aiguë entée sur un catarrhe chronique. Il serait donc, en quelque sorte, permis de regarder le passage cité plus haut comme tout à fait étranger au sujet qui nous occupe, malgré le titre de l'ouvrage où il se trouve, si l'auteur n'avait pas eu le soin de dire, en commençant, qu'il est établi par des faits observés par tous les praticiens, et notamment par M. Broussais, qu'un catarrhe pulmonaire chronique, plusieurs fois exaspéré, conduit à une *induration* rouge du poumon, et qu'ainsi il peut amener une *péripneumonie chronique*. Néanmoins je pense

qu'il s'agit bien ici de cette dernière affection qui présente même une analogie frappante avec celle que M. Broussais a décrite, sous le nom de catarrhe, et sur la nature de laquelle il ne peut guère y avoir de doute, comme nous le verrons par la suite.

En effet, née dans des circonstances à peu près semblables, chez des individus également jeunes et robustes pour la plupart, la maladie, qui n'était d'abord qu'un simple catarrhe pulmonaire, entretenue et exaspérée un plus ou moins grand nombre de fois par l'incurie et les imprudences des malades, s'est enfin transformée en une véritable pneumonie chronique, dont la mort a le plus souvent été le résultat. Si les caractères anatomiques n'en sont pas tracés avec plus de précision, c'est qu'alors, comme aujourd'hui, les mots *hépatisation*, *carnification*, *induration*, n'avaient pas de sens bien determiné, et qu'ils étaient pris indifféremment l'un pour l'autre. Quoi qu'il en soit, tout porte à croire que M. Bazierre a bien réellement observé l'inflammation chronique du poumon, non-seulement dans les circonstances ordinaires, mais encore à la suite des fièvres intermittentes longtemps prolongées, comme il en rapporte un exemple, ce qui s'accorde, dit-il, avec les observations de M. Broussais.

Quelques années après, en 1819, M. le docteur Choix a pris également pour sujet de thèse l'histoire de la pneumonie chronique. Toutes ses recherches sont venues confirmer les observations faites par ses prédécesseurs. Comme eux, il admet très-positivement l'existence de l'inflammation lente du poumon, et dit l'avoir observée un grand nombre de fois. D'ailleurs, la description qu'il en donne ressemble tellement à celle des auteurs cités plus haut, que je ne crois pas devoir m'y arrêter plus longtemps, afin d'éviter des répétitions inutiles.

De part et d'autre c'est la même confusion dans les termes qui servent à distinguer les différents états pathologiques du poumon. Cependant M. Choix me paraît suffisamment clair et précis lorsqu'il dit, d'une manière générale : « A l'ouverture des cadavres des sujets morts de péripneumonie chronique, on trouve la substance des poumons teinte d'une légère couleur rosacée et d'une densité comparable à celle du foie.» Ces qualités, si différentes de ce qu'on est à peu près convenu généralement d'appeler *hépatisation aiguë pulmonaire*, me semblent au contraire convenir exclusivement à *l'induration chronique* du poumon. En outre, le même auteur indique un mode de terminaison qui ne se rencontre jamais dans l'inflammation aiguë de cet organe, et qui peut encore établir une différence entre cette dernière affection et la pneumonie chronique. «Il arrive quelquefois, dit-il, que, sans qu'il y ait de troubles bien notables dans l'ordre des fonctions, le malade, au moment où l'on s'y attend le moins, en parlant ou en faisant le plus léger mouvement pour boire ou pour manger, laisse exhaler le dernier souffle de vie qui lui restait. » Cette espèce de mort subite, que M. Broussais a eu pareillement occasion d'observer sur quelques-uns des militaires dont il nous a conservé l'histoire, est d'autant plus digne de remarque qu'elle emporte souvent aussi les vieillards de nos hospices, comme j'en ai moi-même recueilli plusieurs exemples à Bicêtre, pendant que j'y exerçais les fonctions d'interne. Ce fait est donc très-important ; mais les considérations auxquelles il se prête trouveront mieux leur place un peu plus bas.

D'après tout ce qui précède, on peut bien considérer les caractères de la pneumonie chronique comme suffisamment établis. Aussi n'est-on pas peu surpris d'entendre, dès l'année 1820, MM. Pinel et Bricheteau s'exprimer à ce sujet de la manière suivante : «Si tout a été dit sur la curation de la pneumonie aiguë, il n'en est point ainsi de la chronique; c'est un sujet presque nouveau à traiter et sur lequel nous sommes réduits à notre propre expérience. Si on en excepte, en effet, quelques vues exposées dans l'ouvrage de M. Broussais, qui ont plutôt trait au catarrhe pulmonaire qu'à la pneumonie, et quelques données éparses dans des dissertations inaugurales, il n'existe rien à ce sujet dans les auteurs.

» Nous avons sous les yeux un bon nombre de faits, dont plusieurs ont été recueillis avec soin par l'un de nous, qui prouvent, d'une manière incontestable, que plusieurs pneumonies chroniques très-graves ont disparu par le seul emploi du séton (1). » (*Dict. des sc. méd.*, art. *Pneumonie chronique*.)

Ce passage, écrit en 1820, nous montre par quelle étrange préoccupation les meilleurs esprits peuvent quelquefois se laisser entraîner. En effet, on conçoit à peine que MM. Pinel et Bricheteau, qui ne sont certainement pas sans avoir lu les ouvrages auxquels ils font allusion, regardent à peu près comme nuls et non avenus tous les faits de pneumonie chronique dont la science s'était enrichie à cette époque. Mais telle est la puissance des mots que, trompés sans doute par des descriptions anatomiques souvent équivoques et par le titre de *catarrhe pulmonaire donné* généralement à ses observations par M. Broussais, trompés, dis-je, par les apparences, ils se sont imaginé que celui-ci n'avait réellement observé que des catarrhes pulmonaires, et que les autres ne pouvaient pas avoir traité convenablement de la pneumonie chronique dans de simples dissertations inaugurales. On sait maintenant à quoi s'en

(1) Quelques-unes de ces observations font partie de l'*Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux de Paris* (1820, in-4°)

Digitized by Google

tenir à ce sujet, et ce qu'il faut penser de cette manière de voir. Mais, après tous les travaux ci-dessus mentionnés, et surtout l'article de MM. Pinel et Bricheteau sur la pneumonie chronique, article publié dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*, on ne comprend pas qu'il y ait eu des médecins, je ne dirai pas assez ignorants, mais assez inattentifs pour mettre encore en doute l'existence de cette maladie. Cependant, dans la deuxième édition de son *Traité de l'auscultation médiale*, qui n'a paru qu'en 1826, Laënnec commence son article sur la pneumonie chronique par cette question : « Connaît-on des péripneumonies chroniques? Cette question, dit-il, ne pourra paraître étrange qu'aux médecins qui ne se sont nullement occupés d'anatomie pathologique, ou qui ne s'en sont occupés que d'une manière très-légère. Cependant, si l'on cherche des faits propres à résoudre cette question, on n'en trouvera ni dans les observateurs anciens ni dans les auteurs modernes. Si quelques médecins en parlent en ce moment à Paris, ils entendent par là, avec les écoles les plus étrangères à l'anatomie pathologique, la phthisie pulmonaire considérée comme terminaison de la péripneumonie. Cette opinion est encore celle de M. Broussais. Je ne connais qu'un petit nombre de cas qui puissent être regardés comme des exemples de péripneumonies chroniques, et ils sont tous assez rares. » (Tom. 1er, 2^{e} édit., art. *Pneumonie*.)

Ces quelques lignes renferment une double erreur qui mérite d'être signalée. D'abord, à l'époque où Laënnec tenait un pareil langage, non-seulement la pneumonie chronique n'était pas inconnue, mais encore on en trouvait un grand nombre d'exemples dans les ouvrages indiqués plus haut. En second lieu, s'il est vrai que M. Broussais considère le développement des tubercules dans le poumon comme une véritable pneumonie chronique, il n'en admet pas moins au même titre, et d'après ses propres observations, l'induration rouge et grise de cet organe. Or, j'ai déjà dit quelle était mon opinion sur la valeur des faits recueillis par ce dernier observateur, et je chercherai par la suite à démontrer qu'ils ne peuvent être interprétés différemment. Après cela, comment donc Laënnec ose-t-il prétendre qu'on ne saurait trouver, dans les auteurs modernes, un seul cas de pneumonie chronique, et prêter à M. Broussais une opinion que réfutent victorieusement les faits consignés dans son histoire des phlegmasies? Mais qu'il me suffise ici d'avoir constaté l'étrange erreur dans laquelle est tombé Laënnec. Je laisse à d'autres le soin d'apprécier les motifs qui l'ont dirigé dans cette circonstance et toutes les fois qu'il s'est rencontré sur le même terrain que M. Broussais, son redoutable adversaire.

Au reste, cette erreur est encore consacrée par l'opinion de plusieurs autres médecins, d'ailleurs fort recommandables, mais qui n'ont pas non plus sans doute examiné suffisamment la question.

Ainsi, M. Chomel, après avoir dit, dans son article *pneumonie* du *Dictionnaire de médecine*, en vingt et un volumes, qu'il n'avait vu que deux fois, sur le cadavre, dans un espace de seize années, des lésions qui caractérisent pour lui la pneumonie chronique, ajoute : « Si quelques auteurs et beaucoup de médecins en parlent comme d'une maladie fréquente, c'est qu'ils ont pris pour des pneumonies chroniques, pendant la vie, des pleurésies chroniques, et après la mort, des affections tuberculeuses des poumons, et quelquefois même des inflammations aiguës de ces viscères. » Par exemple, cet honorable professeur soutient que le fait rapporté par Bayle dans ses *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (obs. 40), et que MM. Andral et Bouillaud regardent avec raison comme un cas *bien tranché* de pneumonie chronique, « pourrait bien n'être autre chose qu'une pneumonie aiguë survenue dans le cours d'une pleurésie chronique. » Cependant la maladie avait duré près de quatre mois ; elle avait débuté d'une manière sourde, et on l'avait prise pour une phthisie. A l'ouverture du cadavre on trouva les poumons adhérents aux côtes par des fausses membranes de deux lignes d'épaisseur et d'une consistance très-ferme, et le poumon droit *rougeâtre et presque aussi dense que le tissu du foie*. Or, à moins d'être prévenu contre la pneumonie chronique, ou de faire abnégation de son jugement une description semblable, quoique incomplète, ne saurait pourtant convenir au deuxième degré de l'inflammation aiguë du poumon. Dans ce dernier cas, en effet, le tissu pulmonaire offre toujours une couleur *rouge* plus ou moins foncée, quelquefois noirâtre, et surtout un ramollissement, une friabilité qui s'éloigne beaucoup de la consistance solide du foie. D'ailleurs cette pneumonie aiguë n'aurait été révélée par aucun des symptômes qui l'accompagnent ordinairement, puisqu'on avait cru que le malade était atteint de phthisie, et qu'on n'a trouvé, après la mort, que des traces anciennes de pleurésie, sans autre altération des poumons que celle que je viens de rappeler. Evidemment M. Chomel a eu tort ici de parler seulement d'après ses propres observations, qui ne portent que sur un certain ordre de faits, et qui sont pour cette raison tout à fait insuffisantes. Si du moins il se fût donné la peine de consulter les auteurs à ce sujet il eût appris que la pneumonie chronique avait été bien souvent observée et son langage aurait été tout à la fois moins exclusif et plus exact.

Lorsqu'on entreprend de faire en quelque sorte l'inventaire des opinions sur un point de la science, on se charge en même temps de discuter leur valeur

et d'assigner à chacune la place qu'elle doit occuper. Mais s'il arrive qu'on ne partage pas la manière de voir d'un auteur, un des meilleurs moyens d'en établir une autre consiste souvent à montrer combien la sienne est mal fondée. Voilà pourquoi j'insiste sur certains détails qui, s'ils n'ont pas d'autre utilité, serviront du moins à venger la pneumonie chronique de l'oubli dans lequel elle est tombée. En effet, il est extraordinaire que les hommes qui se trouvent placés le plus convenablement pour observer cette maladie, et qui devraient le mieux connaître les travaux dont elle a été l'objet, soient assez étrangers aux progrès de la science, sous ce rapport, pour ignorer les uns et mettre en doute l'existence de l'autre ou la confondre avec des affections tout à fait différentes.

Ces réflexions, qui me semblent justes, peuvent également s'appliquer en grande partie à M. Bouillaud. Dans son article *pneumonie chronique* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, cet habile professeur commence par dire que, vu la grande fréquence de la pneumonie aiguë, on aura quelque peine à comprendre que MM. Laënnec, Andral et Chomel insistent sur l'extrême rareté de la pneumonie chronique. Cependant, « j'avoue, dit-il, que si l'on retranche du nombre des inflammations chroniques du poumon les cas de turberculisation de cet organe, ces inflammations sont effectivement fort rares. » Mais alors, si telle est sa manière de voir, s'il est bien vrai qu'il considère la pneumonie chronique sans complication de tubercules comme une maladie très-rare, pourquoi donc trouve-t-il étonnant que les médecins dont il parle aient fait la même observation ?

Au reste, il ajoute : « M. Broussais, comme on peut le voir dans son bel ouvrage sur les *Phlegmasies chroniques*, ne professe pas tout à fait l'opinion des précédents auteurs sur la rareté de la pneumonie chronique, et l'on doit regretter que les faits contenus dans l'ouvrage indiqué n'aient pas été soumis à une discussion approfondie par les observateurs qui assurent n'en avoir presque jamais rencontré de semblables. » Le regret qu'exprime ici M. Bouillaud ne peut être interprété, ce me semble, que d'une manière, et signifie apparemment qu'il regarde lui même les faits en question comme appartenant réellement à la pneumonie chronique.

Or, ces faits, qui sont en grand nombre, et que j'ai lus avec beaucoup d'attention, joints à ceux qu'on trouve dans les ouvrages cités de MM. Racine, Letenneur, Bazierre, Choix, Pinel et Bricheteau, donnent à l'assertion précédente de M. Bouillaud le plus éclatant démenti. Nul doute, en effet, que la pneumonie chronique simple ne soit beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Pour s'en convaincre, il ne suffit pas de s'en rapporter seulement à son observation, qui est presque toujours incomplète, il faut encore consulter les auteurs dont l'attention, éveillée sur ce point, a laissé moins de faits échapper, ou qui se sont trouvés dans des conditions favorables pour ce genre d'observations.

Quoi qu'il en soit, dans la deuxième édition de sa *Clinique médicale*, publiée en 1831, M. Andral partageait encore, comme nous venons de le voir, l'opinion de MM. Laënnec, Chomel et Bouillaud sur l'extrême rareté des pneumonies chroniques sans complication de tubercules ou de mélanoses. Mais, éclairé sans doute par une observation plus attentive, il n'a pas tardé de revenir sur ce qu'il avait dit à ce sujet ; car, dès l'année 1834, dans la troisième édition de sa *Clinique*, et plus récemment encore (1837), dans une des notes dont il a enrichi l'ouvrage de Laënnec, il tient un tout autre langage. La description qu'il a donnée de la pneumonie chronique me semble même tellement exacte, que je crois devoir la reproduire ici tout entière, afin qu'elle nous serve en quelque sorte de base et de point de comparaison pour les faits que nous aurons à examiner plus tard.

« La pneumonie chronique me paraît être une affection moins rare que ne le pensent plusieurs médecins. Plusieurs fois, en effet, j'ai constaté sur le cadavre une induration rougeâtre ou grisâtre du tissu de poumon, variable par son étendue et par son siége. Tantôt elle occupait seulement un certain nombre de lobules que séparaient d'autres lobules restés perméables à l'air ; tantôt elle avait envahi un lobe entier de l'un ou l'autre poumon. A raison de la dureté toute particulière que présentait le tissu pulmonaire, il n'était pas possible de confondre cette altération avec celle que produit la pneumonie aiguë. Loin d'être devenu plus friable, le tissu enflammé résistait, au contraire, d'une manière remarquable à la déchirure et à la pression. Pendant la vie, l'on avait observé les symptômes de la bronchite chronique, un dépérissement graduel ; et de plus, on avait constaté, dans quelques-uns de ces cas, un son mat et l'existence de la respiration bronchique. » (*Traité de l'auscult.*, édit. de 1837, tom. I^{er}, pag. 586, note.) J'ajouterai que chez les phthisiques il n'est pas du tout rare de trouver autour des tubercules, surtout lorsqu'ils sont ramollis et transformés en cavernes, des traces non douteuses de pneumonie chronique.

Maintenant, la mélanose infiltrée avec induration du poumon doit-elle être considérée comme le produit de l'inflammation chronique de cet organe ? Cette importante question, qui se rattache au sujet qui nous occupe, me semble devoir être résolue affirmativement aujourd'hui. Telle est, du moins, l'opinion de MM. Andral (*Anat. path.*, tom. I, p. 483, et *Clinique médicale*, édit. 1834, t. IV,

Digitized by Google

p. 223 et suiv.), Martin Solon (*Dictionn. de méd. et chir. prat.*, t. XII, art. *Mélanose*) et Alp. Cazenave (*Dict. de méd.*, 2ᵉ édit., t. XIX, art. *Mélanose*). Opinion que je partage entièrement, et que le premier de ces auteurs a étayée de nombreux raisonnements basés sur des faits irrécusables. Lui-même cite un cas remarquable de cette affection dans sa *clinique médicale*, t. IV, p. 229, et dit en avoir observé plusieurs autres. L'ouvrage de Bayle sur la *phthisie* contient un certain nombre d'observations qui ne peuvent être considérées que comme des exemples de pneumonie chronique avec tubercules et mélanose ou avec mélanose seulement. « C'est principalement dans la maladie que nous avons observée plusieurs fois, dit M. Martin Solon (*loc. cit.*), et que nous continuons d'appeler pneumonie chronique, qu'on rencontre la mélanose infiltrée. » Enfin, on lit, dans la septième lettre, nᵒ 11, de Morgagni, *de sedibus* et *causis*, etc., l'histoire d'un individu qui présenta les symptômes d'un catarrhe chronique, et chez lequel on trouva les poumons noirs et durs.

J'ai dit au commencement que M. Broussais était un des premiers qui eût fixé son attention sur la pneumonie chronique, dont il avait en même temps signalé la fréquence. Les recherches auxquelles il s'est livré dans les hôpitaux militaires pendant la campagne de 1806 et 1807, et qu'il a consignées dans son bel ouvrage sur les *phlegmasies chroniques*, ne sauraient laisser aucun doute à cet égard ; du moins n'hésite-t-il pas à dire que, dans l'espace de deux années, les maladies chroniques, et en particulier la pneumonie de ce nom, lui ont fait perdre beaucoup plus de malades que les affections aigues; bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de la tuberculisation des poumons, que cet illustre observateur considère aussi comme le résultat d'une phlegmasie chronique. Sans vouloir discuter la valeur de cette opinion que professe également M. Bouillaud, je dirai seulement que les faits contenus dans l'ouvrage indiqué plus haut, et que j'ai lus avec toute l'attention dont je suis capable, me semblent établir d'une manière positive : 1° que l'auteur a bien réellement observé l'inflammation simple et chronique du poumon, et 2° qu'il l'a observée un très-grand nombre de fois, mais les faits qu'il a recueillis ayant été jusqu'à présent méconnus ou dénaturés, sans doute à cause de l'ambiguité des termes sont il s'est servi pour caractériser les différents états du poumon, il importe, ce me semble, tant dans l'intérêt de la science que dans celui de la vérité, de rendre à ceux-ci leur valeur et leur signification naturelle ; dans ce but, et aussi pour compléter l'analyse des travaux entrepris sur ce sujet, je crois devoir soumettre à une discussion approfondie, toutes les observations de pneumonie chronique rapportées par M. Broussais. L'examen auquel je me suis livré précédemment, en rendant ma tâche plus facile, fera mieux comprendre en même temps ce qui me reste à dire.

Mais avant d'aller plus loin, et pour éviter à l'avenir toute espèce d'ambiguïté sur les choses, il est important de bien déterminer la signification des mots qui servent à distinguer les différents états pathologiques du poumon frappé de phlegmasie ; aujourd'hui les mots *hépatisation*, *induration*, *carnification*, sont souvent encore employés indifféremment l'un pour l'autre; il en résulte qu'on est parfois embarrassé de savoir quel sens on doit leur attacher. C'est pourquoi, sans avoir égard à une ressemblance, d'ailleurs plus ou moins éloignée, avec le foie, ni même à l'endurcissement très-réel du tissu pulmonaire dans les deuxième et troisième degrés de la pneumonie aiguë, il serait à désirer qu'on laissât d'abord de côté le mot *hépatisation* qui, pouvant s'appliquer à des choses tout à fait différentes, ne s'applique plus dès lors à aucune d'elles. Ensuite prenant en considération, d'une part, l'état de mollesse et de friabilité du poumon dans l'inflammation aigue de cet organe, et, d'autre part, son endurcissement manifeste dans l'inflammation chronique, je proposerai, d'après M. le professeur Andral, d'appeler le premier de ces états *ramollissement rouge et gris*, et l'autre *induration rouge, grise*, et *noire*, quand elle est compliquée de mélanose, réservant le mot *carnification* pour exprimer cet état du tissu pulmonaire, exempt de phlegmasie, mais comprimé depuis un temps plus ou moins long. Si tous les auteurs avaient suivi la même marche, et adopté un langage uniforme et invariable, ils auraient évité bien des méprises, bien des discussions inutiles, et l'on saurait maintenant à quoi s'en tenir, je ne dis pas sur l'existence de la pneumonie chronique, qui me paraît hors de doute, mais sur la fréquence et la gravité de cette affection.

Quoi qu'il en soit, passons à l'examen des observations que M. Broussais a réunies dans le chapitre premier de son *Histoire des phlegmasies chroniques*, intitulé *du catarrhe et de la péripneumonie*. Parmi ces faits, qui sont en très-grand nombre, les uns se sont terminés par la guérison, et les autres par la mort ; bien que les premiers soient en tout semblables aux seconds sous le rapport des symptômes et de la marche de la maladie, nous n'en tiendrons pourtant aucun compte, par la seule raison qu'ils manquent de la preuve anatomique, et qu'on n'est pas obligé de nous croire sur parole. Quant aux cas de pneumonie chronique, dans lesquels l'ouverture du cadavre est venue confirmer le diagnostic, il en est plusieurs qui ne sont qu'indiqués, et que je rappellerai seulement en temps et lieu ; les autres, au contraire, réduits de la sorte au nombre de treize, mais rapportés avec détails, me sem-

Digitized by Google

blent encore suffisants pour prouver que M. Broussais a réellement observé la pneumonie chronique. Le même chapitre renferme bien encore deux autres observations (quatorzième et quinzième), dans lesquelles les poumons n'étaient pas indurés ; mais comme l'auteur lui-même ne les a citées que pour montrer l'influence du frisson de la fièvre intermittente d'une part, sur l'épuisement des malades, et de l'autre, sur l'engorgement des principaux viscères, et en particulier du poumon chez les sujets *anévrismatico-variqueux*, je ne m'y arrêterai pas davantage.

Il ne nous reste donc plus, en définitive, que treize observations à examiner ; sur ce nombre, quatre nous offrent en même temps des traces non équivoques de pneumonie ancienne et récente : en commençant par elles, nous serons plus à même de juger la valeur des expressions qu'emploie habituellement M. Broussais, et d'apprécier la différence qu'il établit entre les états correspondants du poumon.

Obs. I. — (9e de M. B.). — Il s'agit d'un militaire, âgé d'environ vingt-deux ans, qui fut atteint d'abord d'une *fièvre continue pétéchiale* accompagnée de toux. Evacué de l'hôpital pendant sa convalescence, le retour de la toux avec fièvre le força bientôt d'y rentrer une première, puis une seconde fois. Enfin, ces symptômes s'étant exaspérés de nouveau, la respiration devint de plus en plus gênée, et il mourut environ cinquante jours après la terminaison de la *fièvre continue*.

Autopsie. — Beaucoup de sérosité dans les ventricules latéraux. Le lobe gauche partout adhérent, *solidement endurci* dans les trois quarts de son épaisseur, *ramolli et comme réduit en bouillie* à la partie supérieure.

Cette description anatomique du poumon nous représente évidemment deux altérations bien distinctes de cet organe. L'une, qui ne convient qu'à son inflammation lente et chronique, me paraît caractérisée d'une manière suffisante par ces mots : *solidement endurci ;* l'autre, qui ne peut être l'effet que de son inflammation aiguë, est assez clairement désignée par ces autres mots : *ramolli et comme réduit en bouillie.* Si l'on considère, d'ailleurs, que ces lésions sont en rapport avec les symptômes observés pendant la vie, et qu'il n'existait pas de tubercules dans la poitrine, on sera forcé d'être de l'avis de M. Broussais, lorsqu'il dit dans ses réflexions sur ce fait intéressant : « Ce catarrhe, après être resté pendant près de deux mois à l'état chronique, s'est subitement changé en péripneumonie très-aiguë (1). »

Car l'épanchement séreux dans les ventricules latéraux du cerveau ne me paraît être dans ce cas, comme dans presque toutes les observations suivantes, qu'un phénomène tout à fait secondaire, et consécutif à la lésion grave des poumons. Cette manière de voir est d'autant plus admissible, qu'une anasarque qui s'était manifestée dans les derniers temps de la maladie avait disparu complétement avant la mort. L'interprétation du fait précédent, telle que M. Broussais l'a donnée, est donc en définitive très-rationnelle, et même la seule que l'on doive admettre.

Maintenant, d'après la signification bien déterminée que notre auteur attache aux mots : *solidement endurci, ramolli, et comme réduit en bouillie*, nous serons plus à même d'apprécier la valeur des expressions semblables ou analogues dont il pourra se servir par la suite, pour distinguer les deux états du poumon correspondant à l'inflammation aiguë ou chronique de cet organe. Ainsi, nul doute pour moi que les trois observations qui suivent ne ressemblent à la précédente, bien que les termes dans lesquels sont décrites les altérations du poumon soient un peu différents. De part et d'autre en effet, ce sont les mêmes symptômes du côté de la poitrine, les mêmes causes, la même marche et la même terminaison de la maladie ; seulement la durée de celle-ci fut beaucoup plus longue.

Obs. II. — (13e de M. B.). — Sujet âgé d'environ vingt-quatre ans, et mort vers la fin du troisième mois d'un catarrhe chronique, compliqué de pleurésie, de péritonite et d'inflammation de l'estomac.

Autopsie. — *Côté gauche de la poitrine ;* la partie antérieure et supérieure du parenchyme *endurcie*, et, en quelques points, *réduite en bouillie ;* presque tout le parenchyme droit *endurci a la consistance du foie.*

Obs. III. — (10e de M. B.). — Sujet âgé d'environ vingt-quatre ans, et mort quatre mois après le début d'un catarrhe compliqué de l'inflammation des trois grandes membranes séreuses.

Autopsie. Le lobe droit était *légèrement endurci* dans sa partie postérieure. Le lobe gauche se présenta dans l'état *d'induration rouge*, et, dans quelques points, *ramolli et cédant au doigt*, mais sans foyer purulent et sans tubercules.

Obs. IV. (7e de M. B.). — Sujet âgé de vingt-quatre ans, mort à la suite d'un catarrhe qui durait depuis une année environ.

Autopsie. La partie postérieure du lobe droit était

(1) Notons ici, une fois pour toutes, que M. Broussais donne généralement le nom de *catarrhe* à la phlegmasie chronique du poumon, parce qu'il regarde celle-ci comme succédant ordinairement au premier. « Toutes les fois que les traces de phlegmasie s'étendent au delà de la muqueuse, il y a pneumonie. Mais elle est presque toujours un effet du catarrhe (t. I, p. 171). »

Digitized by Google

engorgée et désorganisée ; on pouvait juger qu'il y avait extravasation, et que les tissus étaient brisés, mais *l'induration était molle et pâteuse.* Toute la moitié postérieure du lobe gauche était *aussi solide que le foie.*

Certes, voilà trois observations qui présentent encore, bien évidemment réunies sur le même individu, des traces non douteuses d'inflammation aiguë et chronique du poumon. Ce que j'ai dit à l'occasion de la première me dispense de toute réflexion ; les faits ici parlent assez d'eux-mêmes; je vais donc passer de suite aux exemples de pneumonie chronique simple, dont l'analyse, je l'espère, confirmera de plus en plus ma manière de voir. En effet, nous y verrons M. Broussais se servir toujours à peu près des mêmes termes, pour caractériser des altérations semblables; or, cette heureuse uniformité dans les faits et dans les paroles ne contribuera pas peu, sans doute, à porter la conviction dans les esprits.

Obs. V (4e de M. B.) — Elle nous présente l'histoire d'un homme âgé de trente-six ans, qui mourut à la suite d'un *catarrhe*, seulement après trente-quatre jours de maladie, depuis le 1er brumaire jusqu'au 5 frimaire.

Autopsie. Flocons albumineux à la surface des plèvres; les deux parenchymes étaient volumineux, et *tellement endurcis dans leur moitié postérieure, qu'ils ne le cédaient point au foie en fermeté;* on ne voyait ni tubercules ni foyer purulent dans la substance du poumon.

Obs. VI (1er de M. B.). — Elle est relative à un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, qui fut atteint, au commencement de décembre, d'un *catarrhe* terminé par la mort vers le cinquante et unième jour.

Autopsie. Induration des trois quarts postérieurs des deux lobes, telle qu'on la trouve après la péripneumonie, c'est-à-dire *de la consistance et de la couleur du foie ;* aucun foyer purulent, aucun tubercule.

Cette remarque de M. Broussais sur la consistance et la couleur de l'*induration* pulmonaire qui ressemblait, dit-il, au foie, est d'autant plus importante qu'au premier abord on pourrait se méprendre sur le caractère d'une *induration telle qu'on la trouve après la péripneumonie ;* mais je ne sache pas que le poumon frappé de phlegmasie aiguë ait jamais présenté la *consistance* et la *couleur du foie;* bien au contraire, je l'ai toujours vu, dans ce cas, d'une couleur rouge plus ou moins foncée, quelquefois lie de vin, et si peu consistant, qu'il cédait facilement au doigt, et se réduisait en bouillie. Tels ne sont pas assurément, les caractères physiques de l'organe, auquel on a la mauvaise habitude, selon moi, de comparer le poumon dans les deux derniers degrés de la pneumonie aiguë. Il s'agit donc bien ici d'une véritable *induration chronique*, beaucoup plus ressemblante au foie, en effet, que ce qu'on appelle encore généralement *hépatisation.*

Obs. VII (11e de M. B.).—Sujet âgé de vingt-quatre ans, dont la mort est survenue à la suite d'un *catarrhe* qui durait depuis fort longtemps.

Autopsie. Les deux poumons étaient dans un état *d'hépatisation* presque complète.

Lorsque nous voyons l'induration chronique du tissu pulmonaire comparée partout à la consistance solide du foie, on ne saurait douter que, dans ce cas, le mot *hépatisation* ne soit pris dans le même sens. En effet, le catarrhe durait depuis longtemps, et avait déjà déterminé la bouffissure de la face et une couleur jaune paille de la peau, lorsqu'une dysenterie aiguë vint mettre fin aux jours du malade. Une autre preuve, c'est que M. Broussais fut convaincu de la préexistence d'un catarrhe chronique, par l'inspection du poumon ; du reste, cette manière de voir est encore confirmée par l'observation suivante.

Obs. VIII (12e de M. B.). — Un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, fut atteint de catarrhe chronique à la suite de fièvre intermittente, et mourut quarante jours environ après l'invasion de la maladie de poitrine.

Autopsie. Le lobe droit était *endurci* et *de consistance hépatique* dans les trois quarts de son volume. Au centre de cette induration existait un tubercule plein, et l'on remarquait qu'autour de lui la *carnification* était plus solide; le lobe gauche était encore perméable à l'air, mais très-engorgé.

Il importe de faire remarquer qu'ici le mot *carnification* est pris évidemment pour synonyme *d'induration, de consistance hépatique,* car nous allons voir tout à l'heure qu'il est employé seul et dans le même sens afin de caractériser une altération semblable du poumon.

Obs. IX (5e de M. B.). — *Catarrhe* chronique ayant duré plus de soixante jours.

Autopsie. Du côté droit, le parenchyme était *endurci* dans toute sa circonférence, mais seulement à un demi-pouce de profondeur; le parenchyme gauche était *carnifié* dans presque toute son étendue.

Les altérations qualifiées par les adjectifs *endurci, carnifié,* me semblent être tout à fait de la même nature, mais seulement désignées par des noms différents ; ce qui me porte à le croire, ce sont les paroles suivantes de M. Broussais : « Ayant fait l'ouverture des corps d'un grand nombre d'individus morts de *catarrhe,* je me suis convaincu que tous ceux qui avaient toussé pendant un mois et demi ou deux mois, qui avaient eu plusieurs alternatives de fièvre et d'apyrexie, et qui périssaient brusquement après un léger œdème, avaient les poumons dans cet état d'induration que l'on appelle *carnification,*

Digitized by Google

ou, par comparaison avec le foie, *hépatisation.* » (*Loc. cit.*, p. 94.) Il est donc certain, d'après ce qui précède, et comme je l'ai dit plus haut, que M. Broussais prend les mots *hépatisation*, *carnification* et *induration*, indifféremment l'un pour l'autre, et qu'il s'en sert également pour distinguer les altérations qui sont le résultat de la pneumonie chronique.

Obs. X (2e de M. B.).—*Pleuro-pneumonie chronique* chez un homme dans la force de l'âge, terminée par la mort au bout de trente-six jours.

Autopsie. Les deux lobes étaient dans l'*induration* presque dans toute leur étendue, à tel point qu'on avait lieu d'être surpris que le malade eût pu conserver si longtemps l'exercice de toutes ses fonctions.

Obs. XI (3e de M. B.). — *Catarrhe chronique, changé en péripneumonie chronique* qui ne dura pas moins de trois mois et demi, depuis la fin de décembre jusqu'au 12 avril, époque à laquelle le malade succomba.

Autopsie. Le désordre intérieur se bornait à une *induration* de toute l'étendue du lobe droit; le gauche était en très-bon état.

Voilà deux observations dont le titre seul indique suffisamment la nature de l'affection observée par M. Broussais; aussi le mot *induration* lui sert-il pour en exprimer les caractères anatomiques; peut-être me demandera-t-on pourquoi les autres observations que j'ai dit être du même genre, ne sont pas désignées sous le même nom? J'avoue que la raison de cette légère différence m'échappe complétement; mais on ne saurait s'en prévaloir, je crois, pour soutenir que celles-ci ne sont pas des exemples de pneumonie chronique. Si l'on veut se rappeler les motifs pour lesquels M. Broussais préfère le mot *catarrhe* à celui de *péripneumonie*, et considérer en même temps que, malgré la diversité des titres, l'état du poumon est toujours décrit à peu près dans les mêmes termes, on sera bien obligé de conclure à l'identité des lésions de cet organe.

Obs. XII (6e de M. B.). — *Catarrhe chronique*. Vingt-quatre ans; trois mois de durée, depuis le commencement de janvier jusqu'à la fin de mars. Mort.

Autopsie. Le lobe droit sain; le lobe gauche totalement *endurci*.

Obs. XIII (8e de M. B.). — *Catarrhe chronique*. Vingt-deux ans; mort après deux mois environ de maladie, depuis la fin de novembre jusqu'au 28 janvier.

Autopsie. Le lobe droit, fort engorgé, était encore obscurément crépitant; le lobe gauche engorgé, mais encore perméable dans sa partie antérieure, *endurci* et visiblement désorganisé dans ses trois quarts postérieurs; *mais cette induration n'avait pas la dureté hépatique*.

De toutes les observations qui précèdent, celle-ci est la seule où l'existence d'une véritable induration chronique soit peut-être contestable. Cependant, il faut savoir que le sujet était anévrysmatique, et que cette fâcheuse disposition, en produisant un engorgement passif de tous les viscères, a bien pu s'opposer en partie à l'induration *hépatique* du poumon. Les réflexions suivantes, que j'emprunte à M. Broussais, donnent à cette hypothèse une telle vraisemblance, qu'on peut, ce me semble, la regarder comme l'expression exacte de la vérité. « Je me contenterai, dit-il, de faire observer ici que l'état d'engorgement et de varice du système sanguin pulmonaire, doit être scrupuleusement distingué de l'induration, qui ne peut jamais résulter que d'une inflammation. Or, on voit l'une et l'autre disposition dans le cadavre de Payo (sujet de l'observation précédente). Le lobe droit est engorgé comme le foie et la rate, tandis que le lobe gauche conserve les traces d'une inflammation des capillaires sanguins pulmonaires, terminée par *induration*. »

Au reste, cette forme de la pneumonie n'est-elle donc pas, comme la forme aiguë, susceptible de passer par différents degrés; et ne peut-on pas admettre que, suivant telle ou telle circonstance, l'induration pulmonaire sera plus ou moins ferme, et semblable au foie? C'est, je crois, ce qui est arrivé dans le cas qui nous occupe; et l'on peut juger par là de l'exactitude que M. Broussais a mise dans toutes ses descriptions.

De la discussion à laquelle je viens de soumettre les faits contenus dans le premier chapitre de l'histoire des phlegmasies chroniques, il résulte, ce me semble, que si quelquefois l'auteur s'est servi d'un langage équivoque, il ne s'est pas trompé du moins sur la nature de la maladie. En admettant donc qu'il ait bien réellement observé la pneumonie chronique, il s'agit de savoir maintenant s'il pense qu'elle est aussi rare que le disent les médecins dont j'ai parlé précédemment. Eh bien, pour arriver à connaître son opinion à cet égard, il suffit de jeter un coup d'œil sur les réflexions qui suivent la plupart des observations qu'il rapporte. Déjà le nombre de ces dernières me paraît assez considérable pour faire voir qu'il a rencontré fréquemment la pneumonie chronique; cependant elles ne sont encore qu'une bien faible partie de celles qu'il dit avoir observées pendant la vie des malades comme après leur mort. Ainsi, tantôt il parle d'une *foule de catarrhes* qui se renouvelaient sous l'influence du froid et des fatigues auxquelles étaient exposés les soldats de la grande armée, et qui finissaient par aboutir à une *induration funeste* (*loc. cit.*, pag. 92); tantôt il dit avoir vu, dans les hôpitaux mêmes, *un grand*

Digitized by Google

nombre de ces malheureux succomber à la même maladie, faute de pouvoir se préserver du froid (pag. 93). Dans un autre endroit, on remarque qu'il était *fort ordinaire* de voir un catarrhe survenir avec la fièvre continue, ou pendant sa durée, persister après la guérison de cette fièvre, et se terminer lentement par une *induration mortelle*. « Tous les malades, dit-il, dont la toux n'a pas cédé en même temps que la fièvre, ou peu de jours après, ont succombé; et *l'autopsie* m'a convaincu qu'ils devaient leur mort à une *induration chronique; j'en excepte les vrais phthisiques, dont j'offrirai le tableau dans un autre lieu.* » (*Loc. cit.*, pag. 107.)

Ici se trouve établie d'une manière très-positive la distinction entre la pneumonie chronique et la tuberculisation des poumons; il faut vraiment n'avoir jamais lu ce passage, pour soutenir que M. Broussais a toujours confondu ces deux maladies ensemble; c'est souvent ainsi qu'on porte des jugements qui sont entachés d'erreur, faute d'un examen suffisant des faits.

Enfin, vers la fin de l'automne de l'année 1806, M. Broussais eut encore l'occasion de voir *un grand nombre* d'individus qui succombèrent à une *induration chronique*, survenue à la suite d'une fièvre intermittente (pag. 125). Certes, en voilà bien assez pour démontrer combien la pneumonie chronique est fréquente, du moins dans certaines circonstances; nouvelle preuve de la légèreté de quelques auteurs, qui n'ont pas craint d'accuser M. Broussais d'avoir en quelque sorte *inventé* cette maladie terrible, et cela parce qu'ils ne se sont pas trouvés à même de l'observer.

De mon côté, pendant l'année 1835, époque à laquelle je remplissais les fonctions d'interne à Bicêtre, j'ai fait l'autopsie de trois vieillards qui furent frappés de mort subite, et dont la principale lésion organique était une induration plus ou moins étendue des poumons. Je ne rapporterai pas ici ces faits intéressants, par la raison que je les ai déjà publiés dans un autre *mémoire sur les différentes causes qui peuvent amener subitement la mort* (*Archives génér. de méd.*, numéros d'avril et mai 1838); je pourrai cependant un peu plus tard en tirer quelques conséquences relatives au sujet qui nous occupe.

Jusqu'à présent je me suis borné à rechercher les caractères anatomiques de l'inflammation lente du poumon, et nous avons vu qu'à quelques exceptions près, dont la discussion a même fait promptement justice, tous les auteurs ont considéré cette maladie comme étant entretenue par une induration du tissu pulmonaire. Nous avons vu de plus que cette induration, toujours la même de sa nature, présentait néanmoins une foule de variétés sous le triple rapport de l'étendue, de la couleur et de la consistance. Quittant enfin le domaine de l'anatomie pathologique, je devrais maintenant entrer dans celui de la pathologie proprement dite, afin de compléter l'histoire de cette affection.

Mais n'ayant pas eu moi-même occasion de l'observer pendant la vie, je ne pourrais que rassembler les documents qui sont épars dans les ouvrages mentionnés ci-dessus. Cependant, comme un pareil travail n'a pas encore été fait, et que le sujet ne manque ni d'intérêt ni d'utilité, je ne terminerai pas mes recherches sans esquisser les principaux traits de cette histoire.

Causes. — La pneumonie chronique n'atteint pas également tous les hommes; les individus d'une constitution délicate, ou bien affaiblis par l'âge, les maladies ou des fatigues excessives, y sont particulièrement disposés. Parmi les causes occasionnelles, une des plus communes, sans contredit, est l'impression du froid longtemps prolongée, ou reçue dans un moment où le corps est médiocrement échauffé et recouvert d'une sueur moite. Quelle que soit sa manière d'agir, le résultat est toujours à peu près le même, dans l'un et l'autre cas, c'est d'abord une simple irritation pulmonaire, qui peut aller jusqu'à l'inflammation la plus violente; néanmoins celle-ci, plus ou moins intense à son début, a généralement besoin d'être entretenue et renouvelée par le retour des mêmes causes, pour passer à l'état chronique et se terminer par induration; aussi l'observe-t-on principalement sous cette forme chez les militaires en campagne (Broussais), et chez les pauvres ouvriers que la nécessité force souvent de quitter l'hôpital avant leur guérison parfaite (Bazierre). Le frisson des fièvres intermittentes peut également produire le même effet.

Pareille chose arrive encore chez les vieillards indigents qui peuplent nos hospices. Quoique ces malheureux ne se trouvent pas absolument dans les mêmes circonstances que les premiers, il n'en sont pas moins exposés à tous les inconvénients des alternatives de chaud et de froid.

En effet, chacun peut voir, comme moi, que, malgré leur grand âge, qui les met dans des conditions toutes particulières et très-favorables aux irritations de poitrine, leurs vêtements sont trop légers et leur nourriture insuffisante; le jour, ils ne peuvent sortir de leur chauffoir sans être saisis par le froid qui concentre, en quelque sorte, vers le poumon le peu de vie qui leur reste à l'extérieur. Pendant la nuit, c'est bien pis encore; couchés dans de vastes salles où l'air pénètre quelquefois de partout, et manquant des objets nécessaires pour se préserver du froid, ils grelottent dans leur lit, et se relèvent souvent le lendemain matin sans avoir pu se réchauffer. De là, comme on le conçoit aisément, ces catarrhes perpétuels, qu'on dit, sans beaucoup de ré-

Digitized by Google

flexion, être le triste apanage de la vieillesse, et qui minent sourdement leur misérable existence, à laquelle une inflammation aiguë ou chronique du poumon vient mettre ordinairement le dernier terme.

Symptômes. — La pneumonie chronique offre deux modes bien distincts de développement ; en effet, tantôt elle succède à la pneumonie aiguë, et tantôt elle se développe primitivement, et pour ainsi dire d'emblée. Au premier abord, on pourrait, si l'on n'y prenait garde, confondre cette affection avec le catarrhe pulmonaire; mais il sera presque toujours possible de la distinguer à l'aide des symptômes suivants : elle s'annonce ordinairement par de la toux, de la fièvre, de la dyspnée, de la matité au niveau de l'endroit endurci, de la respiration bronchique, et de la bronchophonie ; en outre à une époque plus ou moins éloignée du début, on observe un dépérissement graduel, une couleur jaunâtre de la face, et un œdème qui commence par cette partie du corps, envahit les pieds, et devient même quelquefois général. Revenons un instant sur chacun de ces signes.

Le plus souvent la toux est sèche, cependant elle est parfois accompagnée d'une expectoration muqueuse plus ou moins abondante. Les crachats peuvent être alors ceux de la bronchite, lorsque cette maladie vient s'ajouter à la première, ou sanguinolents, comme dans la pneumonie aiguë, pendant une exaspération momentanée de la phlegmasie, ou noirâtres, et même tout à fait noirs, lorsque, en même temps, il y a mélanose du poumon. La fièvre, ainsi que la toux, est en général très-modérée. Il arrive même assez fréquemment qu'elles disparaissent tout à fait pendant le jour. Mais lorsqu'on a l'occasion d'observer les malades le soir, et surtout pendant la nuit, comme l'a fait M. Broussais, on ne tarde pas à s'apercevoir que ceux que l'on croyait guéris, ou du moins en pleine convalescence, ont de la toux, les pommettes colorées et un léger mouvement fébrile.

Parfois aussi leur respiration éprouve une certaine gêne qui devient plus sensible lorsqu'ils se livrent à quelque exercice un peu fatigant, ou qu'ils montent un escalier. Si l'on percute la poitrine, on trouve un son mat, principalement en arrière, où la pneumonie chronique a son siége ordinaire. Ce son ne change jamais de place dans les différents mouvements du malade ; il est d'ailleurs en rapport avec l'étendue de l'induration. On le cherche souvent en vain lorsque l'inflammation est bornée à quelques lobules isolés ou situés vers le centre du poumon, ou bien encore aux premières couches du tissu qui circonscrit les cavernes chez les phthisiques. L'auscultation présentera des caractères variables suivant que la pneumonie chronique sera simple ou compliquée de catarrhe. Dans le dernier cas, l'oreille peut percevoir toutes les variétés de râles qui tiennent à la présence dans les bronches d'un mucus plus ou moins épais. Dans le premier, il y a bronchophonie et respiration bronchique ; « celle-ci, cependant, ne m'a jamais paru, dit M. Andral, en cas semblable, aussi prononcée que dans la pneumonie aiguë. » (*Traité de l'ausc.*, quatrième édit., t. I, pag. 587, note.)

Il est rare que l'amaigrissement et la teinte jaunâtre de la peau tardent beaucoup à se manifester. Ces symptômes n'ont d'ailleurs rien de spécial dans la maladie qui m'occupe. Ce n'est qu'en dernier lieu que survient l'œdème qui, comme je l'ai dit, envahit d'abord les paupières, puis la face, les pieds et quelquefois tout le tissu cellulaire sous-cutané. Mais habituellement il disparaît vingt-quatre ou trente-six heures avant la mort.

Marche, durée et terminaison. — Tels sont les symptômes ordinaires de la pneumonie chronique. L'ordre dans lequel je les ai présentés peut donner une idée assez exacte de la marche de cette affection. Cependant je dois ajouter, d'après M. Broussais, que lorsqu'elle est bien traitée, les symptômes vont en diminuant, et la guérison peut s'opérer sans effort critique et d'une manière insensible. Au contraire, si les causes continuent d'agir, et si le malade s'abandonne à son appétit, ce calme est interrompu par une exaspération fébrile avec retour des symptômes du début. Ils cèdent encore au traitement antiphlogistique, mais le malade reste plus faible qu'auparavant. Les mêmes erreurs peuvent reproduire plusieurs fois les mêmes accidents dans le courant de deux à quatre mois. Ce dernier terme est le plus long que M. Broussais ait eu l'occasion d'observer.

Enfin, l'œdème paraît : il annonce ordinairement la mort, qui arrive tout à coup quand le malade a longtemps souffert, tandis qu'elle est précédée d'une longue agonie, s'il succombe avant d'être épuisé.

Je ne sais pas jusqu'à quel point ceci s'accorde avec ce qui se passe chez les individus avancés en âge, car on ne trouve aucun fait de ce genre dans les auteurs. Je ferai seulement remarquer que les trois vieillards dont j'ai fait l'autopsie sont morts subitement, et sans avoir offert aucun symptôme de maladie, si ce n'est peut-être un peu de toux, du moins au rapport de leurs camarades.

Complication et traitement. — La pneumonie chronique existe rarement seule. Ses complications les plus fréquentes sont le catarrhe et la pleurésie chroniques. Dans tous les cas, ces phlegmasies ne font qu'accroître la gravité de la principale affection.

Quant au traitement, il ne diffère pas de celui des

Digitized by Google

inflammations chroniques en général. Il est exposé, du reste, avec détail et d'une manière judicieuse dans les ouvrages déjà cités de MM. Letenneur, Bazierre et Broussais. Je me contenterai de dire ici que ces auteurs paraissent avoir retiré de grands avantages des exutoires, et en particulier des cautères et du séton appliqués sur la poitrine. Bien entendu qu'il serait infiniment préférable de chercher à prévenir la pneumonie chronique par tous les moyens qui sont à notre disposition et qui, d'après les causes ordinaires et bien connues de cette grave maladie, pourraient être employés, ce me semble, dans plusieurs circonstances avec un plein succès.

JOURNAL DES CONN. MÉD.-CHIR. — Mai 1840.

Apoplexie cérébrale. Considérations générales sur cette affection; par M. GENDRIN.

Une femme couchée au n° 11 de la salle Sainte-Sophie, âgée de 78 ans, offrant toutes les conditions de la caducité, qui s'accompagnaient depuis plusieurs mois d'un état voisin de la démence, a eu, il y a quelques jours, une légère attaque d'apoplexie dont elle était remise le lendemain. Peu de jours après elle en eut une seconde plus sérieuse dans ses suites, puisqu'elle entraîna l'hémiplégie du côté gauche, la perte de la parole et celle presque complète de la connaissance. Elle conservait cependant assez de lucidité pour comprendre lorsqu'on lui disait de tirer la langue, ce qu'elle s'efforçait d'effectuer; mais alors on voyait cet organe ne sortir de la bouche qu'incomplétement et avec peine, se déviant d'ailleurs fortement à gauche. A l'hémiplégie complète du côté gauche s'ajoutait un état de contracture des membres du même côté, et l'abolition de la sensibilité.

Dans les premières vingt-quatre heures qui suivirent l'arrivée de la malade dans le service, la contracture gagna les membres droits; cet état persista pendant trois ou quatre jours et cessa à droite au bout de ce temps, pour rester limité au côté gauche, où il s'était montré primitivement pour ne plus disparaître, quant à présent au moins. L'abolition partielle de la connaissance a cessé au bout de quelques jours. Aujourd'hui les réponses de la malade sont sensées, la langue n'est plus autant déviée, et la sensibilité est un peu rétablie.

Il n'est point douteux que tous les phénomènes présentés par la malade ne soient l'expression d'une lésion cérébrale, ayant annihilé l'action du cerveau. Mais de quelle nature est cette lésion, quelle est la cause de cette atteinte portée à tant d'actes départis au cerveau? C'est là une question facile à résoudre, s'il faut en croire certains auteurs; mais je puis vous certifier qu'il n'en est point toujours ainsi. Rien n'est aussi aisé, à les entendre, que de diagnostiquer pendant la vie une extravasation sanguine encéphalique, et d'en établir rigoureusement le siége. Il peut en être ainsi en théorie, mais au lit des malades cela est difficile.

Il est, en effet, deux ordres de lésions cérébrales capables de déterminer la suspension de la sensibilité et du mouvement, et l'esprit du médecin peut rester incertain au milieu des probabilités que l'un et l'autre réunissent en faveur de leur existence. Ces deux ordres de lésions sont :

1° L'encéphalite locale;

2° L'hémorrhagie cérébrale.

Dans un cas comme dans l'autre, il existe des phénomènes et des circonstances analogues; et c'est principalement de cette participation à une même nature de faits que résulte fréquemment l'incertitude et l'obscurité du diagnostic. L'encéphalite locale et l'hémorrhagie cérébrale ont de commun la forme de l'invasion qui, dans un cas comme dans l'autre, est subite, et est marquée principalement par la suspension de la sensibilité et de la motilité.

Nous ne connaissons pas de signes résultant des circonstances qui accompagnent l'attaque qui soient capables d'indiquer immédiatement et d'une manière péremptoire si les phénomènes actuellement existants sont l'expression d'une encéphalite ou d'une hémorrhagie cérébrale. Mais ces signes se trouvent, ordinairement au moins, dans le commémoratif.

Ainsi, quand un sujet est disposé à l'hémorrhagie cérébrale, il réunit à cet égard des conditions pathogéniques qui consistent principalement soit dans une altération particulière des artères cérébrales, soit dans un molimen hémorrhagique ou dans des congestions encéphaliques; dès que ces conditions existent, l'hémorrhagie est éminente. Dans ce cas, la manifestation des phénomènes communs aux deux ordres de lésions, que nous avons dit consister dans une invasion subite, ainsi que dans la suspension de la sensibilité et de la motilité, n'est aucunement annoncée au préalable par une altération de l'intelligence, du sentiment ou du mouvement. Tout au plus a-t-on eu occasion d'observer les indices du molimen hémorrhagique, des bouffées de chaleur au visage, l'insomnie pendant la nuit, un penchant presque irrésistible au sommeil pendant le jour, l'inaptitude au travail, mais encore l'existence de ces phénomènes précurseurs est-elle souvent négative : d'où résulte néanmoins une remarque importante, savoir qu'il n'est nullement possible alors d'admettre l'existence d'une encéphalite locale, exclusion qui réunit toutes les probabilités du diagnostic en faveur de l'hémorrhagie cérébrale.

Que si au contraire l'encéphalite locale est elle-

Digitized by Google

même le point de départ des phénomènes communs, alors ceux-ci auront été précédés de loin en loin par des attaques d'apoplexie fugaces, par une douleur de tête permanente, etc., signe suffisant pour faire craindre un travail désorganisateur du cerveau ou une encéphalite, ayant préparé l'hémorrhagie de cet organe, qui d'autre part explique l'existence des désordres actuellement existants.

Les lésions anatomiques appartenant à l'hémorrhagie cérébrale sont dès longtemps connues. Une rupture vasculaire, portant ordinairement sur une des ramifications de l'artère cérébrale moyenne, le plus souvent au fond de la fissure de Sylvius, s'effectue, et l'extravasation du sang a lieu; d'autres fois la rupture porte sur l'un des rameaux du réseau vasculaire de la pie-mère; dans ce cas, le sang s'étend en nappe à la surface des circonvolutions cérébrales, et une partie plus ou moins étendue du cerveau, celle qui est en contact avec le sang extravasé se trouve d'autant plus comprimée, que dans l'état habituel tous les vides de cet organe se trouvent exactement comblés par de la sérosité. Si l'extravasation reste ainsi limitée, le sang se résorbe, le foyer disparaît et le malade récupère la totalité des mouvements.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et le plus habituellement l'extravasation qui s'opère dans le réseau cellulo-vasculaire de la pie-mère pénètre dans l'épaisseur de la pulpe cérébrale et plus spécialement dans le tissu situé en dehors ou interposé à la couche optique et au corps strié.

Quand les choses se passent de cette manière, le cas est plus grave, et toutes les fois que la pulpe a été ainsi endommagée, elle ne se répare plus qu'au moyen d'un travail organique, condition indispensable pour que la santé se rétablisse. Alors la résorption du sang épanché n'est pas le seul phénomène qui s'accomplit; celle-ci est suivie d'une cicatrisation éliminatoire de la pulpe ou formation du kyste apoplectique; une fausse membrane se forme et s'organise, et le foyer se trouve limité; cette pseudo-membrane passe à la forme des fausses membranes séreuses et l'épanchement disparaît; il ne reste plus alors qu'un kyste simple ou traversé soit par des brides, soit par des vaisseaux restés intacts. D'autres fois le kyste est aréolaire ou spongieux, il revient sur lui-même et a de la tendance à disparaître; mais quelquefois aussi il persiste.

Ce sont les kystes aréolaires et à brides qui ont le plus de tendance à disparaître et à être remplacés par du tissu cellulaire, d'où résulte cette altération du cerveau irréparable qui rend la paralysie également irréparable.

Quand la dilacération cérébrale est considérable, cette réparation est indispensable. Le temps qu'exige l'accomplissement de ce travail est variable.

Maintenant, qu'arrive-t-il dans la phlegmasie cérébrale circonscrite? Ordinairement elle a son siége dans la pulpe, vers les circonvolutions; c'est là aussi que s'effectuent le plus fréquemment les hémorrhagies; et l'on explique le fait par la plus grande vitalité qui règne dans cette partie de l'encéphale, signalée depuis longtemps par les pathologistes, vitalité qui est plus grande au fond de la scissure de Sylvius et autour des couches optiques et des corps striés.

Si, au contraire, la phlegmasie cérébrale existe à la surface du cerveau, elle se communique alors à la trame cellulo-vasculaire de la pie-mère, une forme de méningite chronique s'établit, cause fréquente de la démence sénile qui entraîne à la longue l'inflammation de la substance grise. Il s'établit ainsi un foyer continu d'irradiation irritative, point de départ de fréquentes congestions sanguines qui prédisposent aux hémorrhagies. Le concours de toutes ces circonstances prédispose à son tour au ramollissement de la pulpe, qui, se propageant aux parties profondes, s'étend jusqu'aux parois des ventricules. Alors, la sérosité contenue dans ces cavités effectue la dilution de la pulpe cérébrale; une irruption séreuse s'accomplit, qui donne naissance à des phénomènes apoplectiformes, à une apoplexie, en d'autres termes, occasionnée par le fluide céphalo-rachidien.

Dans l'encéphalite partielle, la paralysie est moins permanente, les attaques apoplectiques sont fugaces; et après le simple coup de sang, les traces paralytiques et anestésiques disparaissent.

Toutefois, la persistance de l'irritation qui est l'effet de l'épanchement séreux, entretient l'aptitude aux congestions sanguines; d'où résultent ces accidents apoplectiformes accessoires de courte durée.

Toutefois, dans l'apoplexie séreuse, il peut y avoir aussi désorganisation, et de plus dilution de la pulpe cérébrale; et alors, la guérison ne peut s'effectuer sans un travail de cicatrisation. Si, au contraire, l'épanchement n'a pas entraîné la déchirure de la pulpe cérébrale, il n'y a pas alors de cicatrisation à obtenir, et la guérison est toujours rapide; mais l'encéphalite chronique continue, la céphalalgie persiste, le sommeil est altéré, et les attaques apoplectiques reviennent.

Lorsque la désorganisation par dilution existe, on observe des exacerbations inflammatoires, marquées par la rigidité et la contracture des membres; symptômes d'un travail inflammatoire cérébral aigu. Mais la contracture n'arrive qu'alors que la réaction inflammatoire est établie; c'est-à-dire six, sept à huit jours après l'attaque, et dans les cas seulement où cet état inflammatoire chronique ne préexistait pas.

Les connaissances qui précèdent sont d'une grande

Digitized by Google

utilité lorsqu'il s'agit de procéder aux applications pratiques.

Quand l'attaque est accompagnée de phénomènes de congestion sanguine, de développement du pouls, et que les forces sont relevées, il convient alors de débuter dans l'emploi des moyens thérapeutiques par une large évacuation sanguine; alors on voit cesser d'ordinaire les symptômes congestionnels, et s'il y a dilacération de la pulpe cérébrale, la maladie se trouve au moins simplifiée, et la paralysie seule reste.

On doit alors suspendre l'emploi des antiphlogistiques : car, le siége de l'hémorrhagie étant réduit au simple foyer apoplectique, toute déplétion sanguine devient inutile; et persister avec hardiesse dans l'usage de la saignée deviendrait superflu, sinon nuisible. Il faut alors qu'un travail organique s'établisse et opère la résorption de l'extravasation sanguine. Ce travail ne se manifeste qu'au bout de quatre, cinq ou six jours, et on ne peut pas plus le hâter à la suite de l'apoplexie, que les chirurgiens ne peuvent le faire consécutivement à leurs opérations.

Donc, si la céphalalgie cesse, ainsi que la contracture des membres, sous l'influence de la saignée, il n'y a plus de traitement capable d'accélérer le travail réparateur qui puisse être mis en usage... Il faut se borner à se mettre en garde contre la réaction inflammatoire, et la maintenir dans les bornes convenables et nécessaires au parfait accomplissement du travail auquel elle doit présider. Quand cette période est arrivée, le traitement antiphlogistique trouve de nouveau sa place et doit être dirigé, non sur le système circulatoire en général, mais bien sur l'organe lésé.

Partant, après nous être bornés à l'usage des boissons adoucissantes, au repos le plus absolu du corps et de l'esprit et à une alimentation légère, en attendant l'instant de la réaction, moyens qui eux-mêmes ont été précédés par une saignée générale, alors, s'il y a lieu, nous avons recours aux saignées locales. Mais ordinairement cette réaction est légère, il y a peu de fièvre; l'on n'observe plus qu'un peu de céphalalgie vers le soir, et bientôt ce symptôme fugace cesse : le malade reste sous la simple influence du travail de cicatrisation.

Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi, et bien souvent on voit la paralysie augmenter sous l'influence de l'extension de la dilacération de la pulpe cérébrale par l'effet même de l'inflammation.

C'est dans ce cas qu'il faut recourir aux révulsifs appliqués sur le cou et sur la tête, aux ventouses scarifiées appliquées à la base du crâne, s'il y a congestion vers la tête. Par ces divers moyens vous ne faites pas cesser l'inflammation cérébrale, mais vous la limitez au degré convenable, et c'est là le but que vous vous proposez d'atteindre : votre malade alors se rétablit autant que possible.

Quand au contraire les phénomènes inflammatoires continuent et que l'attaque est aussitôt marquée par la contracture des membres, des douleurs dans ceux-ci, par un état fébrile plus ou moins intense, par une lésion prononcée de l'intelligence : alors, immédiatement après la saignée, il faut employer des dérivatifs autour de la base du crâne, ainsi que les vésicatoires et les saignées capillaires pratiquées dans cette même région, ce siége les rendant plus aptes à combattre avantageusement l'inflammation.

Parmi les sujets frappés d'apoplexie, on remarque une grande variété relativement à l'étendue des phénomènes paralytiques : quelquefois ils sont bornés à la face, d'autres fois à un membre; tantôt à ce dernier s'ajoute le système musculaire de l'une des moitiés du tronc. Vous ramenez, à la vérité, le malade à la connaissance, mais le corps est perdu; il se peut de plus que les fonctions organiques et surtout l'hématose soient profondément altérées, et alors la détérioration croissante des organes s'effectue avec tant de rapidité que la mort ne tarde pas à arriver.

La respiration devient progressivement de plus en plus gênée jusqu'au point de déterminer parfois l'asphyxie. L'apoplexie alors n'a pas frappé l'individu de manière à le tuer immédiatement, mais elle détermine la mort par l'étendue trop grande de la paralysie, incompatible avec le libre accomplissement des fonctions. C'est là le mode le plus ordinaire suivant lequel les apoplectiques succombent et qui ne survient, terme moyen, qu'au bout de deux, trois ou quatre jours.

Si après ce temps la mort n'a pas eu lieu, vous pouvez prédire qu'il n'y aura plus d'accroissement dans les phénomènes de la maladie qu'au moment de la réaction inflammatoire. Sans doute, à cette époque, vous aurez de nouveaux dangers à courir, dangers qui constituent les accidents propres à la seconde période de l'apoplexie.

Cependant alors le cas n'est plus si grave, et ordinairement le tout se termine par la paralysie.

Quand au contraire l'encéphalite locale est caractérisée par la contracture des membres, la douleur de tête et les autres symptômes qui lui sont propres, et qu'il n'est plus permis de conserver aucun doute sur son existence, le pronostic devient fâcheux, car dans ces cas la pulpe cérébrale est profondément altérée et la paralysie ne cessera jamais entièrement.

Vous voyez donc que le pronostic de l'apoplexie cérébrale est relatif : très-heureux quand après la saignée on voit cesser la paralysie du mouvement, l'anesthésie et les symptômes d'inflammation cérébrale; il est très-fâcheux, par contre, quand la pa-

ralysie s'étend au point de gêner les fonctions des principaux organes.

Enfin la gravité est moyenne quand ces fonctions ne sont qu'imparfaitement gênées, et elle est moindre encore lorsqu'elles ne le sont aucunement.

La malade qui nous a fourni l'occasion d'entrer dans les détails qui précèdent a été saignée une fois. La contracture qui existait lors de son arrivée dans le service, au défaut même de commémoratif, nous a fait soupçonner la préexistence d'une encéphalite chronique à l'attaque d'apoplexie; aussi avons-nous, sans plus différer, eu recours aux ventouses scarifiées appliquées à la base du crâne; mais nonobstant cela, la paralysie ne diminue pas.

De plus, le travail de cicatrisation n'est point encore fait, et il se peut que le degré de réaction inflammatoire qui doit y présider nous amène une nouvelle attaque apoplectique plus funeste encore que la première. Cependant nous pouvons dire, quant à présent au moins, que la phlegmasie tend à se limiter.

Disons enfin que l'âge avancé de la malade constitue une circonstance on ne peut plus grave; car la résorption de l'extravasation sanguine n'en sera que plus lente, ainsi que le travail de réparation. Aussi trouve-t-on souvent ce travail peu avancé chez des vieillards morts à une époque déjà assez éloignée du moment où l'hémorrhagie cérébrale a eu lieu.

Nous rappellerons à peine que les jeunes sujets et les adultes se trouvent dans des conditions tout à fait opposées.

Gazette des Hôpitaux.—Mai 1840.

Essai sur la pathologie de la moelle épinière (1); par le docteur William Budd.

Les fonctions de la moelle épinière ont fort occupé les physiologistes dans ces derniers temps, et ont été étudiées avec beaucoup de succès par Marshall Hall (*voyez* le n° de janvier des *Archives*), Muller, Volckmann et d'autres. Le fait suivant est résulté de leurs recherches : Quand, chez un animal, la connexion de la moelle épinière avec le cerveau est rompue par la décapitation ou autrement, si l'on vient à appliquer un stimulus à la surface du corps, l'influence de ce stimulus est transmise à la moelle épinière, et de là, *réfléchie* aux nerfs moteurs, elle détermine la contraction de différents muscles. Les expériences qui manifestent les divers modes de cette action prouvent avec certitude que l'organe des sensations et de la volonté n'est plus en jeu. La part que prend la moelle épinière à ce phénomène a été désignée sous le nom de *fonction réfléchie*.

Les recherches des physiologistes ont consisté surtout en expériences sur les animaux d'un ordre inférieur. Le but de ce mémoire est de montrer que, dans certaines circonstances, la *fonction réfléchie* s'exécute chez l'homme comme chez les animaux décapités.

Obs. I.—John Lang, âgé de 43 ans, présenta une courbure de la colonne vertébrale, vers sa dix-huitième année, avec paraplégie; la paralysie disparut au bout de vingt-trois mois environ, mais il y eut deux récidives : la première après un intervalle de 12 ans, la seconde deux années plus tard. Chaque fois elle succéda à des efforts prolongés, mais elle ne dura pas plus de quelques semaines. Quand je vis le malade, c'était la quatrième récidive, et la paralysie avait quinze mois de date. La courbure de l'épine n'avait pas augmenté depuis la première atteinte, et dans les intervalles mentionnés plus haut, la santé était tout à fait bonne. On ne nota jamais aucun signe d'abcès : dans les trois premières atteintes, la sensibilité avait été presque abolie dans les membres paralysés, mais on n'y avait pas remarqué de mouvements involontaires. Entre le mois de juillet 1836 et avril 1837, je recueillis les détails suivants : saillie du dos, sans déviation latérale, qui comprend les vertèbres dorsales, depuis la cinquième jusqu'à la onzième inclusivement; les apophyses épineuses sont très-proéminentes; très-légère douleur, seulement à la pression.

La sensibilité de la moitié inférieure du corps est diminuée à partir de l'ombilic; elle est presque abolie dans les extrémités inférieures; le malade sent à peine un fort pincement; pas de mouvements volontaires dans ces membres. Une fois ou deux, en faisant de grands efforts de volonté, il put exercer un mouvement limité du premier et du second orteil : mais ce mouvement à peine marqué, se montra une ou deux fois, et ne se répéta plus. Le malade ne peut commander à d'autres mouvements dans les jambes, et néanmoins si l'on vient à pincer ou à piquer la peau, le membre correspondant est pris de sautillements très-vifs; les orteils sont rétractés vers la plante des pieds; le pied est relevé vers le talon, et le genou fléchi. Cet état de tension persiste quelques secondes après la cessation du stimulus, puis il y a relâchement soudain. Une fois ou deux, tandis qu'on excitait ainsi la jambe gauche, les deux premiers orteils du pied droit se rétractèrent simultanément; l'inverse n'arriva jamais, et généralement, quand une jambe remuait, l'autre restait immobile, à moins qu'on n'appliquât

(1) Extrait des Medico-chirurgical transactions, t. XXII. 1839.

les stimulus sur toutes deux à la fois. Les contractions dues à la stimulation de la jambe gauche étaient plus fortes que celles qu'une même cause déterminait dans la droite; le pincement ou la piqûre étaient sentis par le malade, mais l'application d'un stimulus dont il n'avait pas la conscience, excitait des mouvements beaucoup plus vifs.

Quand on passe légèrement une plume sur la plante du pied, on détermine des convulsions encore plus fortes; elles se succèdent par secousses rapides, qui durent aussi longtemps que le stimulus. Dans ces expériences, le malade n'a aucune conscience du contact exercé; toutes les fois qu'on lui demande s'il sent quelque chose, il répond invariablement: « Non, je ne sens rien; mais vous voyez que ma jambe sent assez bien. » Quand toute autre partie du membre est irritée de la même manière, les convulsions sont très-faibles, et beaucoup moins vives que par un pincement ou une piqûre. En chatouillant différents points de la moitié supérieure du corps, on ne produit aucun mouvement des extrémités inférieures, bien que ce chatouillement provoque le rire.

Des convulsions semblables à celles qui ont été déjà décrites résultent constamment de la défécation et de l'émission des urines : elles sont alors plus fortes que dans toute autre circonstance, en sorte qu'on est obligé de tenir le malade pour qu'il ne tombe point; pendant l'expulsion des fèces, les convulsions se suivent rapidement, et le passage des matières et de l'urine est interrompu par moments: à la fin de ces excrétions, les convulsions deviennent plus faibles, et le jet de l'urine est continu. Pendant l'émission, plus la vessie est distendue, plus les mouvements convulsifs sont vifs. Le malade sent peu le passage des urines. De légères contractions involontaires ont lieu dans les jambes, quand la vessie est distendue, et quand il y a envie d'aller à la garderobe. Dans toutes ces circonstances, les convulsions sont tout à fait involontaires, et la volonté ne peut ni les modérer, ni les influencer en aucune façon; les émotions morales ne les renouvellent pas. La sensibilité est parfaitement intacte dans la moitié supérieure du corps. L'appétit est bon, les digestions sont régulières; il y a peu d'amaigrissement, et point d'atrophie des jambes.

Lang resta dans le même état jusqu'au printemps de 1837, pendant lequel, sans qu'on fit aucun remède, la motilité normale et la sensibilité revinrent par degrés dans les jambes; à mesure que la puissance des mouvements volontaires augmentait, la tendance aux mouvements involontaires diminuait. Quand je vis le malade pour la dernière fois, il pouvait marcher un peu avec des béquilles, et rester ainsi plusieurs heures; mais toujours il était obligé de se faire tenir les jambes lorsqu'il allait à la garderobe. A l'époque où la paralysie était la plus complète, il y eut un peu de difficulté à respirer et des palpitations : ces phénomènes devenaient toujours plus intenses quand le malade s'endormait, de sorte qu'il était aussitôt réveillé par l'anxiété qui en était la suite.

Cette observation est intéressante par la réunion de deux circonstances curieuses : 1° la perte totale des mouvements volontaires dans les extrémités inférieures; 2° l'existence de contractions involontaires dans les muscles à la suite de l'application d'un stimulus sur la peau ou sur les membranes muqueuses. Ces contractions étaient sans doute semblables à celles qu'on observe chez un animal décapité, et elles étaient provoquées de la même manière. La sensibilité, quoique non éteinte dans les extrémités inférieures, ne fut pour rien dans la production des mouvements involontaires; car ils étaient toujours plus vifs quand l'application du stimulus n'était pas sentie par le malade, quand, par exemple, on passait légèrement une plume sur la plante du pied.

Remarquons également que les émotions morales n'amenaient jamais de convulsions. Quoique la paralysie durât depuis près de deux ans, les extrémités inférieures avaient conservé leurs forces. Dans la paraplégie avec abolition complète de la motilité, l'atrophie des membres paralysés est d'ordinaire considérable.

Obs. II. — Une jeune femme, de constitution scrofuleuse, après avoir été affectée de carie des vertèbres cervicales fut prise de paralysie des bras, et peu après de la jambe droite. Quand je la vis, je trouvai aux bras une paralysie complète de la motilité, avec diminution de la sensibilité. La jambe était aussi paralysée, mais on y déterminait des contractions involontaires dans les mêmes circonstances que pour le cas précédent, et avec plus de facilité. Le plus léger déplacement des couvertures en contact avec le membre donnait lieu à de fortes contractions; puis, au bout de quelques secondes, les muscles se relâchaient soudain, et le membre retombait dans sa position première. Chaque fois qu'on renouvelait le stimulant, la contraction était moindre qu'auparavant. Les convulsions excitées par la défécation et l'émission des urines étaient beaucoup plus marquées pendant la durée de ces excrétions; le bras droit se convulsait comme la jambe, mais beaucoup moins. La sensibilité était peu diminuée. Il n'y eut jamais de convulsions dans le bras ni dans la jambe gauches. La jambe droite, quand la vessie était distendue, était aussi prise de convulsions avec douleurs analogues aux crampes. Les déjections étaient volontaires : la sensibilité et la volonté étaient intactes partout ailleurs. L'intelligence et la mémoire n'avaient pas diminué.

Cette jeune femme vit ses forces s'épuiser gra-

Digitized by Google

duellement, et elle mourut avec des symptômes de suffocation. L'autopsie ne fut pas faite.

La diminution successive de l'intensité des convulsions à chaque excitation nouvelle, montre que l'action motrice réfléchie peut s'épuiser, comme l'action volontaire. C'est, du reste, le seul cas où j'aie observé des convulsions douloureuses.

Obs. III. — Robert Holland, matelot de 17 ans, robuste et jusqu'alors bien portant, tomba sur le dos, du haut d'un mât, ce qui ne l'empêcha pas cependant de continuer son service. Depuis lors il se plaignait parfois de douleurs et de faiblesse dans les reins. Vers le commencement de décembre, il avait de la difficulté à courir, et cette faiblesse des jambes augmentant, il se mit au lit le 4 janvier. Il ne pouvait alors ni se tenir debout, ni mouvoir les extrémités inférieures : celles-ci étaient dans l'extension, très-roides, avec intégrité de la sensibilité, sauf un léger engourdissement dans les cuisses. Les bras avaient conservé leur force. Quelques jours après, l'émission des urines était un peu difficile.

Depuis cette époque jusqu'au 11 mars 1838, on constata l'état suivant : sensibilité des extrémités inférieures intacte, abolition des mouvements volontaires dans ces membres qui sont roides par suite d'une contraction permanente dans les muscles. Les jambes sont quelquefois étendues, quelquefois fléchies sur la cuisse, et le passage de l'une à l'autre position est tout à fait involontaire. Quand elles sont dans l'extension, il faut une grande force pour les fléchir, et quand la puissance cesse, elles reprennent aussitôt leur position première; si l'on pince la peau, le membre correspondant sautille avec force : s'il était préalablement dans l'extension, il se place momentanément dans la flexion et *vice versâ*. Parfois, quand on stimule une jambe l'autre s'en ressent : la contraction musculaire ainsi provoquée est très-forte; elle est tout à fait involontaire, et l'influence de la volonté ne la modifie aucunement. Si l'on pince toute autre partie du corps, on ne détermine pas de mouvements semblables; mais quand le malade urine, ses deux jambes s'agitent comme lorsqu'on les pinçait. Quand les jambes ont été beaucoup excitées par ces pincements, elles sont prises d'un tremblement qui dure quelques minutes. Il en est de même après l'émission des urines; aucune douleur ni sensation de fatigue dans les jambes. Les déjections sont volontaires. Il existe une courbure de l'épine formée par la saillie des vertèbres dorsales, depuis la quatrième jusqu'à la neuvième inclusivement. Motilité et sensibilité intactes dans tous les autres points du corps. Santé générale assez bonne. Plus tard, les jambes devinrent un peu moins roides : on pouvait encore, en les pinçant ou en les chatouillant, déterminer des mouvements convulsifs, beaucoup plus faibles qu'auparavant.

Au commencement d'avril, le malade fut pris d'une hémoptysie abondante, puis les autres symptômes de la phthisie se développèrent rapidement, de larges eschares se formèrent au sacrum et aux hanches; l'intelligence persista; les extrémités inférieures étaient complétement privées de mouvements volontaires, avec conservation de la sensibilité. Jusqu'à la fin on put déterminer dans les jambes de légères convulsions. La mort eut lieu le 3 mai.

Autopsie. — Les vertèbres qui formaient la courbure furent séparées; leurs lames étaient un peu ramollies, surtout du côté droit : quand on les incisa, il s'écoula une petite quantité de pus déposé du côté droit de la moelle, sur la face externe de la méninge rachidienne. Cette membrane, dans l'étendue d'un pouce et demi, étendue correspondante à la saillie de l'épine, était d'un gris noirâtre, et elle était plus injectée que les portions supérieures et inférieures, dont l'aspect paraissait normal. Au-dessous de la courbure, la méninge était distendue par une sérosité transparente. Le diamètre de la moelle était très-rétréci dans la portion qui répondait à la courbure. Le cordon rachidien fut enlevé avec sa gaîne qu'on ouvrit, et qui ne contenait pas de pus. Les vaisseaux de la pie-mère étaient très-flexueux et gorgés de sang rouge dans les points situés au-dessus et au-dessous de la courbure, mais surtout au-dessous; ils l'étaient beaucoup moins vis à vis la courbure. Quant à la moelle même, son volume était ordinaire; la portion correspondante à la courbure était ramollie postérieurement, dans une longueur d'environ deux pouces. La substance nerveuse n'était pas tout à fait diffluente, mais elle se détachait par lambeaux quand on versait dessus un léger filet d'eau; les autres parties résistaient à l'action d'un même courant. Ce ramollissement était beaucoup plus marqué postérieurement, la moitié antérieure résistant à une traction assez forte. La portion malade était sans injection et parfaitement blanche; les nerfs qui en partent étaient fermes et d'aspect normal : partout ailleurs la moelle semblait exempte d'altération. Lorsqu'on eut enlevé les organes thoraciques, on trouva un abcès qui environnait le corps des vertèbres malades, et dont la paroi antérieure était formée par le ligament vertébral antérieur; il contenait un pus grumeux, jaune, inodore. Les deux poumons étaient farcis de granulations grises et de tubercules en partie ramollis; le droit était hépatisé.

Chez ce malade, l'absence de toute espèce de fatigue dans les extrémités inférieures, quand les mouvements musculaires avaient duré si longtemps, est une circonstance notable, qui semble démontrer que la fatigue est liée uniquement à l'exercice des actions volontaires : cette fatigue ne se remarque

Digitized by Google

pas pour les sphincters. Constatons aussi que la sensibilité des jambes était intacte, bien que les colonnes postérieures de la moelle épinière fussent seules affectées.

Des phénomènes d'action réfléchie semblables à ceux que nous présentent les observations précédentes sont les phénomènes les plus frappants de l'apoplexie de la protubérance annulaire.

M. Cruveilhier a emprunté à l'ouvrage de M. Ollivier le fait suivant :

« Un homme, qui travaillait en plein air, se plaint tout à coup d'un bourdonnement d'oreilles, de douleurs vives ; il se lève et se met à courir, comme pour échapper au danger qui le menace; il tombe : perte de connaissance, respiration fréquente, irrégulière, bruyante, parfois stertoreuse. Il y a eu deux éternuements violents, roideur, convulsion des membres, alternant avec un état de collapsus, écume à la bouche, état épileptiforme. Il mourut au bout de cinq heures, et ne fut pas observé pendant les deux dernières. On ne put pas déterminer si la sensibilité était ou non abolie. Seulement on observa un mouvement convulsif du bras droit, au moment où l'on pinça la peau de ce membre, et un mouvement semblable au moment où l'on incisa les téguments en pratiquant une saignée. »

M. Cruveilhier remarque avec justesse que ces mouvements n'étaient pas un indice de sensibilité, et que souvent, dans la paraplégie, il en a constaté de semblables, indépendants de la volonté. Cette interprétation du fait est sans doute la véritable, et les convulsions décrites plus haut étaient des manifestations de la fonction réfléchie de la moelle. M. Ollivier dit aussi qu'il a vu plusieurs exemples d'apoplexie de la protubérance, au moment de l'attaque, et qu'il a toujours observé des convulsions dans les extrémités.

Obs. IV. — Thomas Colborn, âgé de 26 ans, après une chute de onze pieds de haut, resta vingt minutes sans connaissance : on ne sut point sur quelle partie du corps il était tombé. A son entrée à l'hôpital on nota les circonstances suivantes : tumeur avec crépitation vers la dernière vertèbre cervicale; douleur extrême, au moindre mouvement du cou ; perte complète de mouvements volontaires dans les extrémités inférieures, le tronc et les mains : légère conservation de ces mouvements dans les poignets, un peu plus dans les coudes et dans les épaules, un peu moins dans le bras gauche que dans le droit. Flexion des doigts fléchis ; diminution de la sensibilité dans les mains et surtout dans les pieds ; sentiment de brûlure au dos des mains, sans apparence morbide ; érections, rétention d'urine, selles involontaires ; intelligence conservée, facies naturel ; légers mouvements involontaires quand on chatouille la plante des pieds.

Le 6 mars 1839, Colborn était encore à l'hôpital. Voici ce qu'on avait remarqué : les mouvements volontaires ne revinrent dans les parties paralysées que trente jours après l'accident : le malade put alors remuer un peu le pouce droit, et les doigts de la même main étaient moins roides. Le trente-neuvième jour, il remuait librement ces doigts, et contractait à volonté les muscles droits abdominaux. Le soixante-dixième jour, quelques mouvements volontaires dans les extrémités inférieures : il élève ses talons de quelques pouces au-dessus du lit ; mais les mains et les bras ont peu gagné. Peu de changement jusqu'au quatre-vingt-quinzième jour, époque où il peut se tenir debout avec un aide, et où les mouvements des mains sont plus faciles. Le cent et unième, il se tient seul sur ses jambes ; le cent quatrième, il marche en s'appuyant sur le dos d'une chaise, qu'il pousse devant lui. Dès le trentième jour il avait senti le besoin d'uriner et d'aller à la garderobe. Cependant les déjections furent involontaires jusqu'au cent quarantième jour : depuis elles rentrèrent sous l'empire de la volonté, sauf l'émission des urines.

Durant tout le temps que le malade fut soumis à l'observation, on provoquait aisément des mouvements involontaires dans les parties paralysées : pendant les sept premiers jours, ils se bornaient à un léger remuement du pied, que l'on déterminait, mais pas toujours, en chatouillant la partie inférieure. Le neuvième jour, ces mouvements étaient beaucoup plus forts, et l'influence des stimulus augmenta rapidement depuis lors jusqu'au vingt-sixième jour, en suivant la progression suivante ; le chatouillement ne faisait d'abord remuer que les points touchés, puis, les deux jambes s'agitaient, quoiqu'on ne touchât qu'un seul côté, et le vingt-sixième jour les convulsions gagnèrent les extrémités inférieures et supérieures et le tronc. Vers le soixante-neuvième, l'émission d'un gaz intestinal, le contact d'un urinal froid sur le pénis, l'introduction d'une sonde, suffisaient pour exciter dans le tronc et les membres supérieurs des mouvements convulsifs, qui avaient aussi lieu avant et pendant l'excrétion involontaire des selles. Un vase de métal chauffé fut approché de la plante des pieds, et se trouva être le plus actif des stimulants, pendant tout le temps de son application ; le même vase, à la température ordinaire, était sans effet après le premier contact. Ce contact était distinct pour le malade, qui ne percevait pas la sensation de chaleur, quoique le métal fût assez chaud pour produire une vésication. La glace n'excitait pas plus de convulsions qu'un autre corps : le malade n'en avait pas non plus la sensation. Il éprouvait, en outre, des fourmillements non douloureux qui commençaient par les talons, puis qui remontaient le long des jambes jusqu'aux côtes

Digitized by Google

et aux bras. A trois reprises différentes, Colborn prit pendant quelques jours un huitième de grain de strychnine, trois fois par jour. Il en résulta une augmentation notable des mouvements involontaires, que réveillait la moindre cause : un bruit soudain, le passage d'une personne près de son lit, le contact des couvertures, etc., l'arrachement d'un cheveu, le chatouillement du menton, déterminaient de fortes convulsions dans les bras. Jamais, au contraire, l'irritation de la peau des extrémités inférieures, n'en produisait dans ces membres : l'usage de la strychnine augmentait de fréquence et de force celles des parties paralysées. Le quarante-troisième jour, un doigt de la main droite dans lequel on avait fait naître des mouvements involontaires pendant une demi-minute, rentra momentanément sous l'influence de la volonté. Il y eut jusqu'au soixante-deuxième jour un priapisme habituel, qui parut dépendre en grande partie de la quantité considérable d'urine amassée dans la vessie, puisque le cathétérisme le faisait ordinairement cesser aussitôt : une ou deux fois il sembla déterminé par un chatouillement à la plante des pieds. Quand les mouvements volontaires commencèrent à revenir, le malade pouvait jusqu'à un certain point réprimer ceux qui étaient provoqués ; mais un effort distinct de la volonté était nécessaire, et les premières tentatives de marche étaient singulièrement influencées par la persistance de la susceptibilité pour les mouvements involontaires. Quand il essayait de se tenir debout, les genoux fléchissaient immédiatement, effet produit par le contact des pieds avec le sol. Plus tard cet effet diminua par degrés : la sensibilité fut très-lente à revenir ; elle fut plus prématurée dans les mains, et fut rendue le cent vingt et unième jour à tous les doigts, excepté au petit, et au bord cubital de l'annulaire.

La respiration fut difficile et tout à fait abdominale pendant un mois. Le pouls ne s'éleva jamais plus haut que 92. Dès le vingt-sixième jour, la santé générale fut assez bonne. L'urine fut alcaline, sanguinolente, et contenant du mucus le troisième jour : pendant les deux mois suivants, elle fut souvent muqueuse, parfois avec du pus et des caillots. Déjà le malade marchait avec des béquilles, lorsqu'il fut repris de fortes convulsions spontanées, tous les soirs après s'être mis au lit. Ces convulsions furent prévenues ou arrêtées par l'administration de trois ou quatre gouttes d'acide hydrocyanique ou de vingt-cinq gouttes de teinture de digitale.

Cette observation curieuse suggère bien des réflexions : les convulsions des membres paralysés étaient évidemment de la même nature que dans les cas précédents ; leur indépendance de la sensibilité fut rendue manifeste par la différence d'effet que déterminait l'application d'un vase à la température ordinaire ou chauffé, quoique le malade perçut seulement le contact et non pas une différence de température. Cette perception du contact alors que celle de la chaleur était perdue est un fait nouveau en faveur de la spécialité des sensations, sujet si habilement traité par Ch. Bell.

L'action puissante de la chaleur pour exciter des mouvements involontaires est aussi une circonstance intéressante. Il n'est pas moins curieux de voir des convulsions si facilement excitées par des impressions qui agissaient sur des points placés au-dessus du siége du mal, telles que l'arrachement d'un cheveu, un bruit soudain, etc. On doit en tirer deux conclusions importantes : 1° une lésion de la moelle épinière peut intercepter le passage de l'influence de la volonté et permettre néanmoins la communication de celle que *réfléchissent* les nerfs *incidents ;* 2° toutes les influences par suite d'impressions sur les nerfs *incidents* sont transportées par la moelle épinière.

La coïncidence du priapisme avec la distension de la vessie montre que les impressions produites sur les nerfs incidents peuvent être réfléchies de manière à déterminer des processus organiques ainsi que des contractions musculaires. La liaison de ce fait avec la question des sympathies n'est-elle pas aussi intéressante que manifeste.

L'impossibilité d'exciter des convulsions dans les extrémités supérieures en irritant leurs téguments, dépendait probablement de quelque lésion des fibres incidentes de leurs nerfs, puisque des convulsions étaient provoquées dans les bras par des impressions sur d'autres points. L'action plus puissante sur la plante des pieds que partout ailleurs rentre dans la loi générale.

Remarquons également qu'immédiatement après l'accident, on excitait seulement des convulsions légères qui augmentèrent par degrés en force et en étendue. Il fut aussi bien constaté que les mouvements volontaires revinrent d'une manière passagère dans un des doigts où l'on avait déterminé pendant quelque temps une action involontaire. Cette anomalie est difficile à expliquer dans l'état actuel de la science : peut-être acquerra-t-elle plus tard de l'importance.

Obs. V. — Adolphe Brandt, âgé de 43 ans, fut apporté à l'hôpital trois heures après une chute de vingt pieds de haut ; on nota l'état suivant : petite plaie à la partie postérieure de la tête, contusion de la cheville droite, saillie considérable de l'épine, au-dessus de la dixième vertèbre dorsale ; perte complète de motilité dans les extrémités inférieures ; sensibilité augmentée aux téguments des flancs, naturelle aux cuisses, diminuée aux jambes, avec sentiment de picotement. Pénis dans une demi-érection.

Le soir du troisième jour après l'accident, les

Digitized by Google

extrémités inférieures devinrent pour la première fois susceptibles de mouvements provoqués. En chatouillant la plante du pied gauche, et seulement les orteils du droit, on provoquait de vives contractions involontaires; cet état persista jusqu'au neuvième jour, et on s'aperçut alors que ces mouvements étaient bornés aux orteils des deux pieds, et qu'après avoir été excités pendant quelque temps, ils ne pouvaient plus l'être qu'après un long intervalle de repos. A partir du neuvième jour, ils diminuèrent graduellement en force et en étendue, et ils ne purent plus être rappelés dans le membre droit après le seizième jour, ni dans le gauche après le vingt-deuxième. Les mouvements volontaires augmentèrent à mesure que la susceptibilité aux mouvements involontaires provoqués diminuait. L'excrétion des urines fut toujours sous l'empire de la volonté, si ce n'est les cinq premiers jours ; mais le malade n'éprouva point le besoin d'aller à la garderobe jusqu'au dix-huitième. Le cinquantième, la santé générale qui avait souffert était bonne ; mais comme les mouvements volontaires étaient encore faibles dans les extrémités inférieures, on donna un huitième de grain de strychnine trois fois par jour. Il en résulta des convulsions spontanées qui revenaient d'ordinaire le soir ; elles commençaient par les cuisses et remontaient jusqu'aux muscles du tronc. Le cent quinzième jour, Brandt quitta l'hôpital ; il pouvait marcher sans appui, mais voûté, et une saillie angulaire très-marquée existait à la partie inférieure de l'épine.

La plupart des remarques faites à propos des premières observations s'appliquent si exactement à celles-ci, que je crois inutile de les répéter. Je rappellerai seulement que pendant les trois premiers jours après l'accident il fut impossible d'exciter des mouvements involontaires (1).

Voici le résumé des faits consignés dans ce travail et les conclusions qu'il est permis d'en tirer.

1° Les mouvements involontaires provoqués dans les membres paralysés étaient de même nature que ceux que les physiologistes ont observés chez les animaux décapités.

2° Ils étaient tout à fait indépendants de la sensibilité, et leur degré d'étendue et de force était en proportion inverse du degré de puissance des mouvements volontaires : ils étaient plus forts quand la perte de la puissance volontaire était complète, et diminuaient graduellement à mesure que cette puissance revenait.

C'est ici le lieu de se demander si cette propriété de contractions involontaires dans des muscles qui en sont dépourvus ordinairement dépendait d'un surcroît d'énergie dans la fonction motrice de la moelle, excitée par l'irritation mécanique, ou était simplement la conséquence de la perte de la volonté. *A priori* il semblerait que la simple perte de la volonté est en état de faire naître cette susceptibilité; que la puissance motrice de la moelle, n'étant pas mise en jeu par la volonté, s'accumule de manière à devenir impressionnable par des stimulations sur les nerfs incidents (mode d'action normal dans les parties contractées involontairement) et que ces muscles, qui sont soumis en général à l'empire de la volonté, deviennent ainsi capables de contractions involontaires. Mais dans l'hémiplégie par hémorrhagie cérébrale, il est rare que les contractions involontaires puissent être excitées dans les membres paralysés, quand même la paralysie de la motilité serait aussi complète que dans les cas cités plus haut. Toutefois ce n'est pas un argument décisif contre cette hypothèse, parce que l'analogie entre les faits n'est pas complète. Je conclus donc que ces contractions involontaires, quand elles sont étendues et fortes, prouvent le surcroît d'énergie de la puissance motrice de la moelle favorisée en quelque sorte par la soustraction de la volonté! Mais dans mes observations, la nature des lésions, et celle des altérations morbides, font présumer que l'irritation de la moelle était la seule cause du surcroît d'action de la fonction motrice.

3° La stimulation d'une jambe donnait lieu à des mouvements dans cette jambe seulement ; dans quelques cas elle provoquait des mouvements faibles également dans l'autre jambe, et dans les bras quand il y avait paralysie, faits complétement analogues à ceux qu'on observe chez les animaux décapités.

4° La plante des pieds était plus que toute autre partie sensible aux stimulations capables de produire des mouvements involontaires ; la chaleur était un excitant moteur puissant, bien qu'elle n'éveillât aucune sensation.

5° Dans un cas, des impressions sur les nerfs naissant au-dessus du point lésé, excitaient des convulsions dans les parties qui reçoivent leurs nerfs d'au-dessous, fait qui prouve que ces influences par stimulations des nerfs incidents, en un point quelconque, sont transmises par la moelle. Cette considération me conduit à penser que les convulsions sont rarement spontanées, si elles le sont jamais, dans le sens rigoureux du mot. En effet, la multitude d'impressions constamment reçues à la surface du corps, et surtout par les membranes muqueuses, sont probablement suffisantes, quand la fonction motrice de la moelle est très-exaltée, pour provoquer ces convulsions appelées habituellement spontanées.

(1) Les observations précédentes ont été un peu abrégées; une sixième a été omise parce qu'elle a beaucoup d'analogie avec les autres.

Digitized by Google

6° Les mouvements convulsifs observés ne se liaient pas à un sentiment de fatigue; mais cependant la force du stimulus était sujette à s'épuiser, et se renouvelait par le repos.

7° La strychnine donnée à l'intérieur augmentait la tendance aux mouvements volontaires, et déterminait des convulsions spontanées qui étaient bornées aux parties paralysées. L'acide prussique et la digitale eurent pour effet bien tranché, dans un cas, de suspendre ou de calmer ces convulsions.

8° L'influence de la distension de la vessie sur le priapisme tendrait à démontrer que des impressions externes peuvent être réfléchies par la moelle épinière, de manière à exciter des actes organiques, tels qu'une turgescence vasculaire, etc., de même qu'elles provoquent des contractions musculaires.

A propos des faits précédents, je rappellerai une circonstance de l'histoire pathologique du tétanos qui s'y rattache, et à laquelle aucun observateur n'a fait suffisamment attention; je veux parler de la propriété qu'ont les impressions reçues par la peau ou les sens, d'exagérer les convulsions tétaniques quand elles existent, ou de les réveiller pendant les intervalles où elles cessent. Le fait est établi par Dupuytren dans ses *leçons sur les plaies par armes à feu :* « L'intelligence des malades reste ordinairement saine; rarement il survient du délire. Cependant la sensibilité est très-développée, et à mesure que la maladie marche, on la voit s'accroître de plus en plus, et se montrer à tel point que le moindre bruit, la moindre secousse, les plus faibles émotions, suffisent pour la mettre en jeu, et pour faire entrer le système nerveux, et le système musculaire qui est sous sa dépendance, dans un état de convulsion. »

Il est donc important, dans le traitement de cette maladie, d'éviter les impressions multipliées, surtout celles de nature pénible. Sous ce point de vue, les applications de sangsues répétées et en grand nombre sont nuisibles; car il est hors de doute que le mal produit n'est compensé par aucun avantage certain. La même objection s'adresse à d'autres moyens employés souvent, les ventouses, les vésicatoires, les purgatifs répétés. On peut également mettre en doute l'opportunité du traitement par l'opium. On s'est assuré que l'effet de ce médicament est d'exciter, et non pas de calmer la fonction motrice de la moelle épinière, et il est bien connu que les actes moteurs de celle-ci sont rendus plus énergiques en donnant aux animaux soumis à l'expérimentation de l'opium avant de les décapiter. Comme une expérience incontestable n'a pas prononcé en faveur de l'opium, je regarde ces objections, fournies par la théorie, suffisantes pour le faire proscrire du traitement du tétanos. Si, dans le choix des remèdes, nous devons nous conduire d'après des considérations physiologiques, il est plus rationnel de chercher des remèdes au tétanos dans cette classe de substances connues pour exercer une influence sédative sur la fonction motrice de la moelle épinière. Je puis mentionner l'acide hydrocyanique, la ciguë et la digitale, comme plus dignes d'être employés plus fréquemment qu'ils ne l'ont été. Jusqu'à présent le traitement du tétanos a été dirigé en violation de tous les principes de physiologie : espérons que nos progrès dans la connaissance des fonctions de la moelle épinière finiront par nous conduire à la découverte de quelque médication plus avantageuse.

ARCHIVES DE MÉDECINE.—Mai 1840.

Recherches pratiques sur le traitement des maladies nerveuses. — Des névroses et des névralgies; par M. FORGET.

Lorsque les fonctions d'un organe sont altérées sans que celui-ci révèle aucune lésion matérielle appréciable, on dit qu'il y a *névrose* ou altération de l'innervation. Si la douleur est le phénomène prédominant, l'affection prend le nom de *névralgie.* Les maladies dites nerveuses sont donc établies sur un caractère négatif, l'absence d'altération de tissu. On en a fait une classe qui constitue une espèce de diverticule ou d'appendice où viennent se ranger toutes les affections que n'a pu s'approprier l'anatomie pathologique; elles forment dans le cadre nosologique une case précaire et provisoire, qui se rétrécit de jour en jour, et qui sert comme de dernier retranchement aux doctrines vitalistes pures. Notre intention n'est point ici de discuter les limites et la solidité du domaine des maladies nerveuses; nous n'avons eu pour but que de prendre un point de départ dans une définition.

Or, de ce que les névroses sont des maladies sans caractères matériels, il résulte que leur essence est profondément ignorée, car il ne faut pas se laisser abuser par les mots : qui dit lésion nerveuse, dit lésion de nature inconnue. Cette ignorance ouvre une carrière illimitée aux hypothèses dogmatiques et, partant, aux erreurs pratiques. Aussi, les affections nerveuses sont-elles les maladies à l'égard desquelles on se comprend le moins, et qui donnent lieu aux discussions les plus vives, aux préceptes les plus contradictoires, aux plus grandes difficultés dans l'application. A ne consulter que les traités de thérapeutique, il semblerait pourtant que rien n'est plus simple et plus facile que d'obvier aux accidents de ce genre, car tous les auteurs ont édifié une classe particulière de remèdes sous le nom d'*antispasmodiques.* Parmi ces médicaments, il en est qui sont

Digitized by Google

offerts comme jouissant de vertus merveilleuses, presque divines, c'est-à-dire infaillibles dans certains cas donnés : tels sont le camphre, le musc, l'assa-fœtida, la valériane, l'éther, etc. Et pourtant, que de déceptions dans la pratique journalière des candides praticiens qui se fient à l'étiquette!... C'est que, sous ces dénominations concrètes et univoques de maladies nerveuses, névroses, névralgies, se cachent traîtreusement une foule de lésions diverses desquelles peuvent surgir des apparences morbides identiques, de même qu'une seule lésion organique peut engendrer les appareils phénoménaux les plus variés. Ouvrez nos modernes ouvrages de pathologie, vous serez effrayé de la série des lésions matérielles qui peuvent donner lieu à l'ensemble de phénomènes symptomatiques groupés sous les noms d'épilepsie, d'hystérie, de convulsions, de paralysie, etc. D'autre part, et abstraction faite des lésions anatomiques dont, après tout, le caractère et le rôle primitifs peuvent être récusés, voyez dans quelles conditions infiniment variées d'âge, de sexe, de constitution, de causalité, d'état physique et moral, en un mot, les maladies de même nom peuvent éclater ; et vous concevrez le vague désolant, la décourageante incertitude qui, nécessairement, doivent se rencontrer, quant au traitement d'un genre d'affections que l'insuffisance de nos moyens nous oblige encore à caractériser par certains groupes de symptômes, c'est-à-dire par de simples effets éventuels; impuissants que nous sommes à remonter au point de départ, à la cause formelle et primordiale de ces désordres fonctionnels.

En somme, rien n'est plus funeste, selon nous, aux progrès de la philosophie et de la pratique médicales, que la création de ces *anti*, dont le moindre inconvénient est de fausser la raison et d'enraciner le crédule praticien dans ses habitudes stationnaires; car, avec sa confiance dans les décrets des législateurs de l'art, c'est-à-dire de ceux qui font des livres didactiques, il ne verra des chances de succès que dans le cercle de ces prétendus spécifiques; et s'il échoue, comme trop souvent il arrive, on le verra s'endormir sur l'oreiller du fatalisme, sans même songer à se récriminer contre les fauteurs d'un empirisme mensonger.

Gardez-vous donc de cette facile tendance à traiter des noms de maladie; défiez-vous de ces insidieux plaidoyers en faveur de tel ou tel spécifique appliqué à ces formes morbides que l'ignorance et l'empirisme s'efforcent d'essentialiser ; creusez les profondeurs du diagnostic spécial, et persuadez-vous qu'en fait d'affections nerveuses principalement, les maladies de même nom constituent des individualités, des unités morbides qu'il s'agit de dégager laborieusement des dangereuses banalités de la nosographie.

Et pourtant, lorsque vous avez satisfait au grand principe de la spécialisation, lorsque les formes nerveuses vous apparaissent, après mûr examen, avec les attributs de la simple essentialité, force vous est bien de sacrifier aux agents réputés spécifiques; mais encore, sachez envisager ceux-ci des hauteurs de la physiologie morbide; déduisez leur efficacité possible, plutôt de leur mode d'action sur l'organisme en général, que de certaines vertus occultes, engendrées par l'amour du merveilleux, et suspectes par le mystère même qui les environne. Cherchez quelque indication rationnelle dans certaines circonstances accessoires qui puissent vous offrir quelque chance de succès; enfin, ayez la pénétration, du génie si vous pouvez.

En dépit des traits caractéristiques assignés à tel ou tel genre de névrose, il est vrai de dire que ces formes morbides ne sont pas toujours si nettement dessinées qu'il soit facile de les distinguer, dans tous les cas, les unes des autres. L'observation suivante en est une preuve entre mille : il s'agit d'attaques convulsives que, suivant les idées propres à divers observateurs, on pourrait considérer comme appartenant à l'épilepsie ou à l'hystérie; quoi qu'il en soit, le mal paraît avoir cédé à un remède qui n'est réputé posséder de vertus spéciales ni dans l'une ni dans l'autre.

Obs. I. — *Convulsions hystériformes rebelles, chez un homme; guérison par un moyen inusité.* (Sulfate de quinine.) — Un homme de quarante ans, de bonne constitution, serrurier, nous est adressé d'une ville voisine pour être traité d'une maladie nerveuse que le médecin qui l'envoie dit être une catalepsie. Il entre à la clinique le 17 mars 1840.

Le malade raconte qu'en janvier 1839, il eut des attaques de convulsions, survenues sans cause connue, et qui ne durèrent que quinze jours. Au 1er janvier dernier, il fut affecté d'une fièvre qu'il appelle inflammatoire et qui dura près d'un mois. Depuis lors, c'est-à-dire depuis six semaines, sont apparus de nouveaux accidents nerveux auxquels divers traitements ont été opposés sans résultat. Ces attaques, dont le malade ne peut donner une idée, se reproduisent tous les jours une ou plusieurs fois, surtout le matin. Du reste, tous les organes fonctionnent avec régularité et ne présentent aucune lésion appréciable. Infus. de tilleul. Dans la soirée, l'élève de garde est témoin d'un accès dont il donne la description suivante : Perte de connaissance, mouvements convulsifs consistant dans une sorte de jactitation, le malade rapprochant ses membres et les rejetant en dehors alternativement, respiration anxieuse, point d'écume à la bouche. Après quelques minutes de durée, l'attaque cesse et le malade revient à lui, sans tendance au sommeil et sans conserver le souvenir de ce qui vient de se passer. Lors-

Digitized by Google

qu'on fléchit les membres pendant l'accès; ils s'étendent de nouveau sans conserver la position qu'on leur imprime : ce n'est donc pas une catalepsie; ces attaques manquent aussi de certains caractères essentiels à l'épilepsie (écume à la bouche, pouce fléchi dans la main, sommeil après l'attaque); elles ressemblent plutôt à celles de l'hystérie, sauf la perte de sentiment qui, quoi qu'on en ait dit, s'observe aussi dans cette dernière.

Le 18, infus. de tilleul, douze ventouses scarif. le long du rachis, pédiluve sinapisé. — Les trois-quarts d'aliments. Trois attaques dans la journée; un élève témoin de l'une d'elles trouve qu'elles ressemblent à celles observées si fréquemment chez nos femmes hystériques.

Le 19, tilleul, pédiluve, potion antispasmodique :

Prenez : Eau distillée de Mélisse. . 120 gramm.
Teinture de castoreum. . 2
Sirop d'écorces d'oranges. 30

à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Les jours suivants, il survient assez régulièrement une attaque le matin, entre six et sept heures. Ces attaques ont moins d'intensité que celles des temps précédents. Bien que nous eussions l'espérance de les voir s'éteindre spontanément, par la seule influence du changement de séjour, de régime et d'habitudes, considérant cette périodicité assez bien dessinée, nous songeâmes au sulfate de quinine.

Le 23; prenez sulfate de quinine, centigr. 30, à prendre le soir. Dès lors, les attaques ne se produisirent plus, et le malade sortit, solidement guéri, nous l'espérons, le 1er avril 1840. Nous l'engageâmes néanmoins à continuer l'usage du remède pendant plusieurs jours encore.

Voilà donc une affection convulsive enlevée par un moyen indirect, le sulfate de quinine, administré sur cette indication toute accessoire de l'apparence de périodicité des accès; tant il est vrai que, dans le traitement des maladies dont la nature est inconnue, on doit tenir compte de toutes les circonstances qui peuvent offrir une lueur d'espoir, en l'absence des indications positives qui sont l'apanage de la plupart des affections avec lésion matérielle sensible.

L'observation suivante est relative à une véritable épilepsie d'apparence essentielle, et qui s'est montrée rebelle aux principaux traitements spécifiques (car les maladies les plus incurables sont celles qui comptent le plus de remèdes spécifiques); sauf pourtant une lueur d'espoir que nous aurions pu, comme tant d'autres, formuler en succès réel, si nous nous fussions contentés de quelques jours de répit, et si le malade se fût soustrait à l'observation ultérieure, comme souvent il arrive dans les hôpitaux.

Obs. II. — *Épilepsie d'apparence essentielle, traitée sans succès par divers moyens préconisés; espérance déçue.* — Un garçon de seize ans, d'assez bonne constitution, quoique un peu blême et lymphatique, imprimeur de profession, nous fut envoyé, comme le précédent, d'une ville voisine, pour être traité à la clinique, d'une épilepsie, contre laquelle, depuis plusieurs années, de nombreuses médications avaient échoué. Entré à l'hôpital le 7 août 1839, le malade raconte avoir eu, pendant assez longtemps, des habitudes d'onanisme dont il se dit actuellement délivré. Depuis vingt mois, il est devenu sujet à des attaques que nous décrirons ci-après, lesquelles reviennent plusieurs fois par jour, quelquefois, dit-il, de quart en quart d'heure, et qui n'ont pas, pour la plupart, une minute de durée. Elles paraissent être plus fréquentes en hiver qu'en été. A part un peu d'hébétude et de bouffissure de la face, l'état général est bon, la colonne vertébrale et le crâne sont bien conformés, les membres jouissent d'un développement et d'une force réguliers, le pénis n'offre pas cette rougeur du méat ordinaire chez les jeunes masturbateurs; les fonctions viscérales s'accomplissent régulièrement, le sommeil de la nuit est profond et prolongé, mais habituellement troublé par des rêves effrayants.

Dans la journée du 8, quelques personnes sont témoins d'une attaque ainsi caractérisée : cris suivis de chute, perte de connaissance, écume à la bouche, émission involontaire des urines, mouvements convulsifs de tous les muscles, pouce fléchi dans la paume de la main, respiration anxieuse, etc. L'attaque a duré, dit-on, cinq minutes environ, et n'a pas été suivie de sommeil. Il y en a eu deux semblables dans la journée. Nous prescrivons :

Prenez : Nitrate d'argent. . . 5 centigr.
Extrait d'opium. . . 10
— de réglisse. q. s.

Pour seize pilules, à prendre une le soir. Infus. de tilleul, un flacon d'ammoniaque, pour respirer lorsque le malade sent venir ses accès, qui s'annoncent, dit-il, par une sensation de fourmillement dans la région lombaire. Le quart d'aliments.

Le 9, plusieurs fois, la veille, le malade a senti venir ses attaques et les a prévenues, dit-il, en flairant l'ammoniaque, mais il en est arrivé une dans la nuit. Deux pilules de nitrate d'argent.

Les jours suivants, attaques journalières au nombre de neuf. Nous augmentons graduellement les pilules; le 16 il en prend six.

Le 17, vésicatoire à la nuque, pour suppurer.

Digitized by Google

Le 19, nous ajoutons : potion avec succinate d'ammoniaque, quatre grammes.

Le 3 septembre, il prend seize pilules (nitrate d'argent centigr. cinq), les attaques continuent en nombre variable.

Le 6, constipation : laxatif :

Prenez : Pulpe de tamarins; Manne en larmes ana. . . . . . . 15 grammes.
Sulfate de soude . . 30
Eau 240
Deux cuillerées, de deux en deux heures.

Le 8, après un mois d'administration, n'obtenant aucun résultat du nitrate d'argent, nous le suspendons.

Le 10, nous imaginons d'essayer l'ipécacuanha à dose nauséeuse, recommandé récemment dans quelques névroses.

Prenez : Poudre d'ipéca. 1 gramme 20 centig.
Infus. dans eau. 120 grammes.
Une cuillerée de deux en deux heures.

Nausées, vomituritions, continuées pendant trois jours sans résultat. Les attaques varient toujours de deux à huit.

Le 13, séchez le vésicatoire à la nuque.

Le 14, seize sangsues au col, à cause de quelques glandes engorgées résultat du vésicatoire.

Le 18, nous essayons l'oxide de zinc :

Prenez : Oxide de zinc. . . . 15 centigr.
Extrait d'opium . . 5
De réglisse. q. s.

Pour six pilules à prendre en trois fois dans la journée. Les attaques paraissent augmenter de fréquence.

Le 21, nous suspendons toute médication spéciale : Bain, pot. gommée avec eau de laurier cerise, grammes quatre.

Le 23, prenant en considération la constitution lymphatique, nous prescrivons l'iodure d'amidon.

Prenez : Iode. . 1 gramme 20 centigr.
Amidon. 30 grammes »
Triturez, étendez dans eau
de riz. . . . . . 1 kilogr.
Ajoutez, sirop blanc,
grammes . . . . 30 pour tisane.

Le 29, l'iodure d'amidon est porté à grammes 60 (iode, gram. 2, centigr. 40).

Le 4 octobre, les attaques se répétant d'une manière désespérante, au nombre d'une dizaine par jour, nous nous rappelons l'apparence de succès, une fois obtenue par nous, au moyen de l'indigo. Nous prescrivons.

Prenez : Indigo. . . . 15 grammes.
Miel blanc. . . 30

F. un électuaire, à prendre en trois fois dans la journée. Le malade ressent des pesanteurs d'estomac, mais les accès manquent ce jour-là, ainsi que les 5 et 6.

Le 7, cinq attaques, mais plus rien les jours suivants, de sorte que nous commencions à nous bercer d'un espoir de succès, lorsque le 20, après treize jours d'interruption, les attaques reparaissent au nombre de deux. Nous portons l'indigo à grammes 30.

Les jours suivants une à trois attaques légères.

Le 31, indigo, grammes 45; les jours suivants, les attaques manquent un jour et reparaissent ensuite.

Le 15 novembre, deux attaques violentes et prolongées; nous suspendons l'indigo pour le reprendre à plus faible dose quelques jours après, mais sans résultat. Une à trois attaques par jour.

Le 6 décembre, pilules ferrugineuses de Blaud, deux matin et soir, jusqu'au 11 sans résultat; ce jour-là,

Prenez : Oxide de zinc. . . . 10 centigr.
Poudre de jusquiame . . 20
— de valériane . 1 gramme.
Pour deux paquets à prendre, un matin et soir.

Le 16, point de résultat. Nous essayons d'un remède récemment préconisé en Allemagne :

Prenez : Poud. de racine d'armoise. 4 gramm.
A prendre le soir, un verre de bierre par-dessus.

Les jours suivants, pas de résultat favorable; au contraire, les attaques sont de trois à huit par jour.

Le 1er janvier 1840, on porte la poudre d'armoise à grammes 8; mais les accès se multiplient d'une manière effrayante, au point qu'au dire du malade, il y en a de douze à vingt-cinq par jour.

Affecté de nostalgie, fatigué de remèdes, découragé par leur inefficacité, notre jeune malade sort de l'hôpital le 7 janvier, après cinq mois de séjour.

Cette observation est instructive, particulièrement sous deux points de vue : 1° Parce qu'elle montre, ce qui pourtant n'est que trop bien reconnu, l'impuissance des remèdes les plus actifs et réputés les plus efficaces contre l'épilepsie; 2° parce qu'elle ap-

Digitized by Google

prend à se défier des succès momentanés dont tant d'observateurs légers, ou souvent de mauvaise foi, nous devons le dire, se font journellement des trophées. Alors qu'on se félicite d'un beau résultat, fréquemment la maladie se réveille plus terrible que jamais, et replonge le praticien dans le découragement, ainsi qu'il nous est arrivé dans ce cas, après l'emploi de l'indigo. Après tout, les remèdes les plus vantés contre l'épilepsie, au dire même de ceux qui les prônent, exigent souvent des mois, même des années avant de procurer des effets salutaires. Or, n'est-ce pas une bien triste ressource que celle qui ne peut offrir que des espérances si lointaines et par cela même des résultats si litigieux?

L'observation suivante est une nouvelle preuve de la réserve avec laquelle il faut accepter la guérison de certaines maladies nerveuses invétérées, et de la nécessité de prémunir le malade contre les joies anticipées d'un succès, douteux tant qu'il n'a pas acquis les garanties que le temps seul peut donner. Ce fait, indépendamment de quelques obscurités dans le diagnostic, sur lesquelles nous n'insisterons pas, est encore remarquable par les effets obtenus d'un remède qui n'est pas généralement employé dans ce genre d'affections.

Obs. III. — *Névralgie faciale. — Résultat favorable de l'extrait de datura stramonium, rechute, nouvel espoir de guérison.* — Un homme de quarante ans, d'assez forte constitution, tanneur, jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il y a sept mois, il fut pris de surdité avec tintement de l'oreille gauche, sans inflammation du conduit auditif. Cette surdité résista pendant trois mois à divers moyens, puis disparut pour faire place immédiatement à une surdité de l'oreille droite, mais cette fois avec douleur de tout le côté correspondant de la tête; douleur s'exaspérant par accès. Après des traitements variés et infructueux, le malade entre à la clinique, le 26 mars 1840.

État actuel : Légère turgescence du côté droit de la face, contractions de l'orbiculaire de l'œil, larmoiement, douleur intense, sensation de tiraillement partant du conduit auditif et irradiant dans tout le côté droit de la tête, augmentant par la pression et le coucher du côté affecté. Le conduit auditif est sain, la narine droite est sèche et le malade se dit enrhumé du cerveau depuis dix-huit mois. Les autres appareils n'offrent aucun dérangement. Cette névralgie, si c'en est une, paraîtrait affecter les irradiations du nerf facial plutôt que celles de la cinquième veine. Extrait d'aconit, centigr. 20; vésicatoire derrière l'oreille droite, chiendent nitré.

Le 27, ce jour-là accuse la douleur dans le trajet du nerf sous-orbitaire. Ut supra : saupoudrez le vésicatoire d'un demi-grain d'hydrochlorate de morphine, matin et soir. État stationnaire.

Le 31, l'extrait d'aconit est graduellement porté à 80 centigr., et la morphine à 5 centigr.

Le 3 avril, le vésicatoire est sec, un autre est établi à la nuque, on y saupoudre hydro-chlorate de morphine, 5 centigr., matin et soir.

Le 8, douleurs intenses, opiniâtres : quinze sangsues à l'apophyse mastoïde, pédiluve sinap., aconit, morphine.

Le 10, saignée de trois palettes.

Le 11, on supprime l'aconit porté à 1 gramme, 16 sangsues derrière l'oreille, extrait d'opium centigr. 5. Point de résultat.

Les antécédents pouvant faire soupçonner un vice syphilitique, nous essayons le proto-iodure de mercure 1/4 de grain, matin et soir; instillation de laudanum pur dans l'oreille, d'où semblent partir les douleurs. Les cataplasmes laudanisés ne sont pas supportés, le malade ne pouvant, dit-il, tolérer le contact de l'humidité.

Le 18, les souffrances étant continuelles et paraissant même augmenter d'intensité, nous renonçons au mercure sur lequel nous comptions peu, et nous prescrivons : extrait de datura stramonium, pilules de 5 centig., n° X, à prendre de deux en deux heures.

Le 19, le malade n'a pris que six pilules; soulagement. *Ut supra.*

Le 2; les dix pilules ont été prises et ont produit; obscurcissement de la vue, vertiges, subdélire, engourdissement musculaire, somnolence.

Aujourd'hui le malade éprouve à peine de la douleur, l'ouïe est en partie revenue.

Les jours suivants, nous passons à 12 grains d'extrait de datura, administrés par pilules de deux grains (10 centigr.), de deux en deux heures; nous entretenons ainsi un certain degré de narcotisme.

Le 25, la douleur n'est plus revenue, au point que le malade, se croyant totalement guéri veut sortir; nous l'engageons en vain à rester pour assurer sa guérison; nous annonçons qu'il reviendra bientôt. En effet :

Le 27, le malade revient à la clinique, souffrant comme devant. Le datura est repris à la dose de 12 grains (60 centigr.), mais sans résultat le premier jour; nous arrivons à 15, puis à 20 grains (1 gramme), le narcotisme recommence et la douleur se calme.

Le 2 mai, léger narcotisme, plus de douleur. Nous suspendons le datura, de même le 3.

Le 4, aujourd'hui, le narcotisme est dissipé, la douleur reparaît dans l'oreille; nous reprenons le datura, espérant, par notre insistance, parvenir à rompre l'habitude névralgique.

C'est ainsi qu'il convient d'agir avec les moyens narcotiques; mais combien de temps faudra-t-il les continuer? combien de temps le pourra-t-on sans danger pour l'économie? Toujours est-il que ce

Digitized by Google

n'est point à l'aconit, à l'hydro-chlorate de morphine, etc., que la douleur a cédé; c'est à l'extrait de datura qui maintenant réclame, au même titre que tant d'autres, sa place parmi les spécifiques du tic douloureux.

Encore une remarque : Un de nos élèves ayant vu dans quelque publication allemande qu'on avait employé avec succès, contre le tic douloureux, l'extrait de semences de datura, nous avait prié d'essayer ce remède. N'ayant pas à notre disposition cet extrait de semences, nous prescrivîmes, en attendant, l'esprit de feuilles ordinaires. En ayant obtenu de bons résultats, nous crûmes devoir la continuer. Or, supposez un instant que nous eussions eu sous la main ce nouveau remède; supposez que nous en eussions obtenu les mêmes effets que de l'extrait ordinaire, les assistants eussent eu le droit de crier merveille et d'attribuer au nouvel agent une vertu qui pourtant s'est révélée dans un remède vulgaire. Eh bien! c'est, nous le croyons, l'histoire de tant de spécifiques vantés. Quant au tic douloureux en particulier, nous ne saurions, en vérité, auquel des remèdes usités accorder, *à priori*, la préférence. Voyez quelle indifférence s'attache aujourd'hui aux fameuses pilules de Méglin! Tout ce que nous savons, c'est que ce sont les narcotiques qui réussissent le mieux; appelez les aconit, jusquiame, belladone, morphine, pilules de Méglin, datura, etc.; l'agent le plus négligé peut réussir là où les plus en vogue ont échoué! Chaque malade est un sujet de nouvelles expériences, ce sont toujours de nouveaux tâtonnements à exercer.

Je veux actuellement dire ma pensée à l'égard de la thérapeutique d'une espèce de névrose extrêmement répandue et sur le traitement de laquelle, à notre avis, la routine s'exerce de la manière la plus déplorable; je veux parler de l'hystérie. J'ai fait connaître ailleurs la grande quantité de femmes hystériques qui se rencontrent parmi la population pauvre du chef-lieu de l'Alsace. Eh bien! sur quelques centaines, peut-être, qui sont passées sous mes yeux, je n'ai pas souvenance d'avoir vu réussir franchement, une seule fois, les prétendus anti-hystériques, nervins, etc. L'assa-fœtida, le castoreum, le musc, la valériane, m'ont toujours fait faux bond, tandis que cent fois j'ai pu constater l'immédiate efficacité des émissions sanguines, même chez les sujets peu pléthoriques. Sous ce rapport, le fait suivant est un spécimen de ce que nous observons tous les jours.

Obs. IV. *Hystérie simulant des lésions graves des centres nerveux; impuissance des antispasmodiques, bons résultats des émissions sanguines.* — Une fille de vingt et un ans, de bonne constitution, lymphatico-sanguine, quoique non colorée, irrégulièrement menstruée depuis l'âge de dix-huit ans, entre à la clinique le 4 avril 1840, pour être traitée d'un engorgement des glandes inguinales avec leucorrhée (blennorrhagie). Quelques applications de sangsues, les cataplasmes, les bains, les onctions mercurielles, procurent la résolution de cette adénite. La jeune fille est sujette à de fréquentes attaques d'hystérie, assez légères d'abord, pour que nous n'y fassions pas attention.

Mais, le 14, elle est prise d'accès d'étouffements avec douleur vive dans le trajet de l'épine dorsale, impossibilité de se mettre à son séant sans forte réaction fébrile. Douze sangsues à la partie interne des cuisses. Potion éthérée.

Le 15, même état, douze ventouses scarifiées sur le rachis, infusion de tilleul, potion :

Prenez : Eau de mélisse. . .	120	grammes.
Ether.	2	
Laudanum	12	gouttes.
Sirop blanc.	30	grammes.

Le soir, accès de dyspnée très-intense, lavement :

Prenez : Assa-fœtida. . .	4	grammes.
Jaune d'œuf.	50	centigr.
Infusion de camomille. . .	240	grammes.

Aucun soulagement.

Le 16, même état; potion :

Prenez : Eau de mélisse. . .	120	grammes.
Liqueur d'Hoffmann. . . .	20	gouttes.
Teinture de castoreum. . .	20	gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges. .	30	grammes.

Lavement avec assa-fœtida; infusion de tilleul.

Le 17, douleur vive à la nuque, céphalalgie, larmoiement, immobilité du tronc : dix sangsues aux mastoïdes, potion gommeuse avec thridace 20 centigr., émulsion d'amandes.

Le 18, céphalalgie violente, douleur vive à l'épaule droite, paralysie incomplète du mouvement, complète de la sensibilité du bras droit qu'on peut pincer fortement sans provoquer de douleur; dix sangsues à l'épaule, liniment laudanisé, potion, avec thridace.

Le 19, la paralysie s'étend à tout le côté droit du corps; pouls fort accéléré. Les assistants croient à une grave lésion cérébro-spinale. Nous annonçons que cette lésion n'existe pas et que ces accidents n'auront pas de suite : catapl. sinap. aux mollets, demi-lavement avec sel de cuisine, 30 grammes, chiend. nitré.

Le 20, la paralysie est diminuée, le 21, elle est disparue par le seul emploi des irritants dérivatifs. Pouls large et fréquent.

Digitized by Google

Le 22, assoupissement, délire vague, intermittent, pouls fréquent, peau chaude et sudorale. On croirait à une méningite avec épanchement. Saignée de quatre pallettes, chiend. nitré, lavement émoll. (sang plastique normal.)

Le 23, les accidents sont disparus comme par enchantement. Il ne reste qu'un peu de douleur ou plutôt de courbature dans la région dorsale. Émollients.

Pendant les six jours suivants, la santé est parfaite. La malade veut sortir le 29 avril.

Ce fait intéressant, malgré sa vulgarité, met en saillie l'habituelle inefficacité des antispasmodiques dans l'hystérie. De plus, on y voit qu'à dater de la saignée du 22, tous ces formidables accidents ont disparu..... Pour revenir, sans doute; mais c'est beaucoup de soulager dans l'impossibilité de guérir. Nous avons gardé, pendant des années, des malades qui avaient épuisé la pharmacie, que la saignée seule réussissait à soulager, et dont nous avons obtenu la guérison définitive en les chassant de l'hôpital et les engageant à retourner aux champs, au lieu de rester à la ville. Ceci rappelle le rigorisme du célèbre Tronchin, qui forçait ses clientes vaporeuses du grand monde à frotter elles-mêmes leurs appartements.

Les exemples précédents nous font voir la pratique telle qu'elle est, avec ses chances d'erreur et de déception; puissions-nous avoir contribué à convaincre nos jeunes confrères des difficultés qui environnent le traitement des affections nerveuses, et leur avoir suggéré de sérieuses réflexions sur l'insuffisance des préceptes généraux en fait de thérapeutique appliquée à ce genre de maladies, si variées, si bizarres, si réfractaires aux données des théories univoques! Puissions-nous, enfin, avoir ébranlé ce préjugé si fâcheux : que les évacuations sanguines sont essentiellement pernicieuses dans les affections dites nerveuses, auxquelles conviendrait uniquement la médication stimulante décorée du titre si souvent mensonger d'antispasmodique!

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Mai 1840.

Avantages de la saignée révulsive dans les maladies de l'utérus; par M. LISFRANC.

Les avantages de la saignée révulsive dans le traitement des maladies de l'utérus ont été si souvent constatés par les faits nombreux dont vous avez pu être témoins dans cet hôpital, qu'il y a vraiment lieu de s'étonner de l'opposition que quelques praticiens font encore à cet agent puissant de thérapeutique. Nier la révulsion par la saignée, c'est non-seulement infirmer les écrits des anciens observateurs, tels que Sylva, Bellini, Quesnay, Lafaye, qui, tous, l'admettent comme un fait pratique de haute utilité. C'est encore vouloir ne tenir aucun compte des preuves matérielles que l'expérience de chaque jour apporte en faveur de cette même révulsion. Que fait-on, en effet, quand on veut provoquer les règles chez une femme? On a recours aux sangsues. Mais dans quelle proportion? En applique-t-on dix, quinze et plus? Non, sans doute; car on produirait ainsi une saignée locale déplétive, et l'éruption menstruelle serait empêchée. Posez, au contraire, deux sangsues, trois au plus, à la partie interne et supérieure des cuisses; n'en laissez saigner les morsures que huit à dix minutes; les règles alors ne tarderont pas à paraître.

Il y a plus; une femme a une hémorrhagie utérine qui a résisté à tous les autres moyens; vous lui pratiquez au bras une saignée de 60 ou 120 grammes (2 ou 4 onces) : la métrorrhagie s'arrête. Une saignée double de celle qu'on vient de faire eût plutôt augmenté que diminué la perte utérine. N'est-ce pas là, je vous le demande, l'effet révulsif le mieux indiqué? Mais, poursuivons cet examen de preuves.

Ne nous avez vous pas vu souvent ici appliquer avec succès, sur un engorgement blanc, indolore et stationnaire, de quatre à huit sangsues dans le but de produire une excitation légère capable d'aviver les tissus en y déterminant une fluxion sanguine modérée. Or, comment cet effet, que vous avez dû plusieurs fois constater, aurait-il eu lieu si les sangsues n'avaient pas révulsé le sang sur l'articulation ou l'organe affecté d'engorgement?

Enfin, s'il était besoin d'une dernière preuve à l'appui de ces idées que je ne vous impose certes pas, mais dont je vous engage à vérifier la valeur par l'application que vous en ferez, je rappellerai la mort déplorable d'un homme haut placé dans le monde, chez lequel une apoplexie cérébrale eut lieu consécutivement à l'application d'un petit nombre de sangsues derrière les apophyses mastoïdes, pour combattre une céphalalgie dont il souffrait depuis quelques jours.

Ces faits divers que je viens de grouper à dessein prouvent suffisamment que la révulsion par la saignée, loin d'être une utopie physiologique, constitue une réalité thérapeutique dont la science doit profiter.

Dans les maladies de matrice, chaque fois qu'on la pratique dans les formes convenables, c'est-à-dire sur le point le plus éloigné du siége de la maladie, ainsi au bras, et c'est le lieu d'élection, en ayant soin chaque fois de n'extraire que 60, 90 ou 120 grammes de sang (deux, trois ou quatre onces), suivant l'idiosyncrasie de la maladie, il est rare de ne pas observer une rémission notable des symptô-

Digitized by Google

mes du côté de l'utérus, en même temps qu'il se produit vers les organes sus-diaphragmatiques une fluxion sanguine qui se révèle par de l'oppression, des palpitations, de la céphalalgie, de la chaleur et de la rougeur à la face.

Pour vous convaincre de ces résultats, vous n'avez qu'à interroger les seize femmes couchées aux numéros 3, 4, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 23, 24, 27, 29, 31, 32, 35, 39 de la salle Saint-Augustin ; chez toutes la saignée révulsive a été pratiquée le même jour : quatorze ont éprouvé une amélioration notable vers la matrice, et les symptômes que j'ai indiqués du côté des organes supérieurs.

Chez deux seulement la saignée n'a produit aucun changement appréciable.

A ce résumé, dont nous pourrions tous les mois vous donner la répétition, j'ajouterai un relevé statistique publié dans le Bulletin thérapeutique, par M. Forget. Vous y verrez que sur dix-huit femmes, toutes atteintes d'engorgement sub-inflammatoire de l'utérus, la saignée révulsive ayant été pratiquée le même jour, huit d'entre elles ont éprouvé de la céphalalgie pendant plusieurs heures : une, le soir même du jour de la saignée; les autres, le lendemain. La céphalalgie a varié d'intensité. Chez ces huit femmes les douleurs utérines ont beaucoup diminué.

Quatre ont ressenti cette amélioration du côté de l'utérus, sans aucun accident vers les organes supérieurs. Chez une malade à laquelle sa faiblesse ne permit d'extraire qu'une once de sang, la congestion sus-diaphragmatique fut on ne peut plus marquée.

Trois éprouvèrent de fortes palpitations, de la chaleur à la poitrine; la douleur utérine diminua.

Trois, enfin, ne présentèrent aucune modification dans leur état qui se maintint tel qu'il était avant la saignée.

L'énumération statistique de semblables résultats obtenus par la saignée révulsive est assez concluante pour convaincre tous les esprits dégagés de prévention et libres de toute idée préconçue. Pour vous, qui apportez dans l'étude de la médecine le désir de savoir ce qu'elle enseigne de vraiment utile, et qui, placés en dehors de toute préoccupation systématique, ne devez être mus que par le noble instinct qui vous fait rechercher avec ardeur la vérité, examinez les malades qui offrent ici un vaste champ à votre observation, recueillez des faits, et je ne doute pas que leur interprétation simple et logique ne vous conduise à partager notre conviction sur l'efficacité de l'agent thérapeutique que vous me voyez si souvent mettre en usage.

Il est une dernière objection que les antagonistes de la saignée révulsive ne manquent jamais de lui faire : en répétant aussi souvent la phlébotomie, disent-ils, on affaiblit les malades. Sans doute il en sera ainsi dans le cas où, perdant de vue les règles que nous avons prescrites, le médecin aura l'imprudence d'extraire, non plus 2 ou 3 onces de sang, mais une quantité double et triple même. Cette saignée copieuse aura, de plus, le grave inconvénient de rompre l'harmonie du système nerveux et d'y jeter une perturbation prompte à se révéler par des troubles fonctionnels nombreux et variés. Ce dernier effet a lieu d'autant plus facilement que déjà les organes se trouvent sympathiquement prédisposés, placés comme ils le sont sous l'influence morbide de l'utérus.

Pour en finir d'ailleurs avec cette objection, je vous conseille de lire la thèse de M. Pasquet, soutenue à la fin de l'année 1837. Vous y trouverez des faits qui prouvent que ces petites saignées du bras conviennent également sur des femmes chétives, débilitées, et qu'en les répétant à des intervalles même rapprochés, au lieu d'épuiser la constitution, on voit les malades reprendre généralement des forces, leur teint devenir meilleur et leur santé se rétablir.

Il ne faut pas oublier que cette saignée ne doit être, en général, pratiquée qu'une fois par mois, à la suite des règles.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Mai 1840.

Histoire remarquable d'une hydropisie probable de l'ovaire, prise pour diverses tumeurs de cet organe ou de l'abdomen; suivie de réflexions sur la difficulté du diagnostic des tumeurs qui se développent dans le ventre; par M. A. BOINET.

On rencontre si souvent dans l'exercice de la médecine des cas obscurs où le praticien le plus éclairé est incertain pour fixer son diagnostic, et où il a besoin de se rattacher aux observations connues, que je n'ai pas cru devoir négliger de recueillir avec soin celle qui suit. Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, dont le développement considérable et uniforme du ventre simulait une grossesse de sept ou huit mois. Il existait en même temps une rétention et une amenorrhée, qui datait du commencement de la maladie. Plusieurs médecins, appelés auprès de cette jeune fille, pensèrent différemment sur son état : les uns dirent qu'il y avait 1° une véritable grossesse; 2° d'autres une grossesse extra-utérine (M. Roux); 3° une tumeur enkystée de l'ovaire (M. Blandin); 4° une grossesse, soit utérine, soit extra-utérine, mais avec mort, et décomposition du fœtus (M. Montain, de Lyon); 5° un arrêt de matières fécales dans l'S iliaque du colon ou le

Digitized by Google

rectum (M. Recamier); 6° un épanchement sanguin, organisé dans l'épiploon ou le mésentère (M. Jobert); 7° un amas de sang accumulé dans l'utérus, etc. Malgré tous les efforts pour arriver au véritable diagnostic, la véritable nature de la tumeur est restée inconnue et la malade a guéri. Voici cette curieuse observation :

Obs. — Une jeune fille de 16 ans, repasseuse, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 16 septembre 1836, pour une rétention d'urine, avec développement considérable du ventre. Née de parents bien portants, Claudine a toujours eu une bonne santé. Dans sa jeunesse, elle a eu de la gourme et des glandes au cou; elle habitait un rez-de-chaussée bas et humide. Ses règles sont venues à douze ans et demi sans accident et presque sans y penser. La première fois, elles ont duré deux jours, ont été peu abondantes, et ne sont revenues que six semaines après. Ce retour a été accompagné de douleur dans les reins et le côté gauche du ventre. Leur durée a été de deux à trois jours, puis elles ont disparu pendant trois mois, ce qui n'a apporté aucun changement, soit en bien, soit en mal, dans l'état de cette jeune fille. Depuis cette époque l'écoulement menstruel n'a jamais été régulier : il revenait quelquefois tous les deux mois, d'autres fois tous les trois mois, mais l'état général de la santé ne paraissait pas en souffrir. Dans l'intervalle des règles, la malade avait des fleurs blanches abondantes; elle était sujette à quelques maux de tête, qui ne l'incommodaient que légèrement. Elle ne se rappelle pas avoir reçu de coups sur le ventre ni avoir fait une chute. A l'âge de quatorze ans environ, elle vint à Paris, qu'elle habite depuis : alors elle jouissait d'une excellente santé. Un an après son arrivée, sans être précisément malade, ni éprouver de grands dérangements dans ses fonctions elle avait de temps en temps des nausées, des envies de vomir, puis des battements de cœur assez forts. Elle entra à l'hôpital Beaujon, où elle resta dix mois, pour se faire guérir d'une prétendue gastrite chronique, sur laquelle la malade ne peut donner de renseignements bien positifs. Elle était dans le service de M. Martin-Solon. Pendant le temps qu'elle resta à l'hôpital, ses règles, qu'elle n'avait pas eues depuis cinq à six mois, et qu'une vive émotion, causée par une fâcheuse nouvelle, avait supprimées, parurent une seule fois, durèrent pendant huit jours, mais en petite quantité.

Trois semaines ou un mois après la disparition de cet écoulement menstruel, elle s'aperçut que son ventre devenait plus gros. D'ailleurs, cette jeune fille, qui n'avait jamais souffert du ventre de manière à y faire attention, dit avoir commencé à ressentir dans le côté gauche une douleur sourde, profonde, un mois seulement avant son admission à l'hôpital; plusieurs fois aussi elle avait ressenti dans ce point du ventre des élancements douloureux, qui duraient plusieurs jours, disparaissaient pendant douze ou quinze jours pour revenir encore. En grossissant, le ventre devint plus dur que d'ordinaire, et la pression occasionnait de la douleur, surtout dans le côté gauche. Ce développement du ventre était uniforme; ses progrès furent aussi rapides que ceux d'une grossesse ordinaire; elle fut prise en même temps d'une diarrhée opiniâtre, qui persista pendant plus de deux mois, en dépit de tous les traitements employés pour la combattre. Ce flux diarrhéique fut remplacé par une rétention d'urine assez singulière dans sa manière d'être et assez difficile à expliquer. La malade ne pouvait uriner que dans le bain; hors de là, elle ne pouvait uriner qu'à l'aide du cathétérisme, malgré tous ses efforts pour le faire naturellement. Pendant le temps qu'elle est restée à l'hôpital Beaujon, elle a été soumise à divers traitements, qui n'ont rien produit. De nombreuses applications de sangsues sur le ventre, sur le flanc gauche, à la partie interne des cuisses, au siége, ont été faites sans succès. Trois saignées du bras et quatre du pied n'ont apporté aucune amélioration. Le ventre augmentait toujours uniformément. On essaya d'un vésicatoire sur le ventre, de ventouses scarifiées, de frictions avec l'onguent napolitain, de cataplasmes d'herbes émollientes. On donna à l'intérieur des pilules de bismuth et de sous-carbonate de fer, des préparations de quinine, une infinité de poudres de toute espèce; elle prit des grands bains, des bains de siége, de pieds; rien ne la soulagea. Elle sortit de Beaujon et entra, quelque temps après, à l'Hôtel-Dieu; elle était dans l'état suivant :

D'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, nerveux; elle est très-impressionnable, d'une petite taille; cette jeune fille paraît jouir d'une excellente santé, à en juger à la fraîcheur de son visage et à son état d'embonpoint; elle n'a plus aucun des signes de la constitution strumeuse qu'elle a offerte dans son enfance. Elle a les cheveux et les sourcils châtains et assez épais, des yeux gris, vifs et pleins d'expression, le teint rosé et animé, des lèvres roses et peu épaisses, des dents blanches, intactes et bien conservées, etc.; ne tousse jamais et n'a jamais souffert dans la poitrine, qui est large et bien conformée. L'auscultation et la percussion sont intactes; les battements du cœur sont tumultueux, forts, précipités, et s'étendent dans toute la partie antérieure de la poitrine; elle mange avec appétit, digère bien; va facilement à la garderobe, une fois, souvent deux fois dans vingt-quatre heures. Pour uriner, elle est obligée d'avoir recours à une sonde, excepté dans le bain, où les urines sont émises plus facilement.

Le ventre offre un développement uniforme dans

Digitized by Google

tous les sens, sans offrir ni saillie, ni dureté, ni fluctuation dans un point plutôt que dans un autre; à la vue on dirait une grossesse à terme ou à peu près; la peau n'offre aucun changement de couleur, seulement on remarque les traces nombreuses de sangsues, des ventouses et du vésicatoire qui ont été appliqués; à une pression ordinaire le ventre n'est pas douloureux; mais quand on le comprime fortement dans l'espace compris entre le nombril et le pubis, la malade accuse une légère douleur. Ce point n'est pas plus proéminent que les autres, et en cherchant plus profondément et en enfonçant les parois de l'abdomen, on ne sent aucune tumeur. En somme, le ventre est dur, tendu, résiste à la pression, et se laisse difficilement déprimer par la compression, quelle que soit la position que l'on fasse prendre à la malade.

La percussion n'est pas la même partout; dans le flanc droit et dans l'espace situé au-dessous du nombril, on trouve une sonorité remarquable très-prononcée; dans le flanc gauche, au contraire, mais dans un espace beaucoup plus circonscrit, borné, on rencontre de la matité. Celle-ci existe entre tous les points situés entre une ligne qui tomberait verticalement à 27 millim. en dehors du nombril, à gauche, et une autre ligne transversale qui passerait à 27 millimètres au-dessus du nombril. La rate, au toucher et à la pression, ne paraît pas dépasser son volume ordinaire, ni offrir aucune tuméfaction; il en est de même du foie, qui ne dépasse pas les fausses côtes. Le toucher, dans ces régions, n'est nullement douloureux. L'auscultation, faite avec soin par plusieurs personnes, ne donne aucun signe; le nombril, comme chez ceux qui ont de l'embonpoint, est un peu enfoncé; la peau du ventre n'est point plissée; les veines tégumenteuses et sous-cutanées ne sont pas variqueuses ni même apparentes.

Les seins de cette jeune fille sont d'un volume ordinaire, n'ont éprouvé aucun changement ni physique, ni physiologique; dans aucun temps elle ne les a sentis plus douloureux; ils sont fermes sans dureté ni mollesse, et ont toute la fraîcheur de ceux d'une jeune vierge; ils sont bien faits, non déformés. Les mamelons ne sont pas formés, et un point rose indique leur siége.

Les parties génitales externes offrent la couleur rose et fraîche de celle d'une jeune fille sage; elle assure, d'ailleurs, avec timidité, n'avoir jamais eu de rapports avec aucun homme, ni jamais avoir été violentée ou surprise. La membrane de l'hymen est détruite en grande partie, elle a été touchée plusieurs fois et examinée au speculum. L'utérus n'offre rien de particulier; il est assez élevé, et son col, assez difficile à atteindre avec le doigt, est long de 27 millim. à peu près, effilé, faisant saillie dans le vagin; son ouverture est petite, resserrée, linéaire. Le toucher ne cause aucune douleur dans ces parties, seulement il répugne à cette jeune fille, qui est contrariée de ces examens. En faisant mettre cette jeune fille sur les genoux, pour la toucher, on ne sent nullement le ballottement qui accompagne ordinairement la grossesse. Par le rectum, on ne note rien de particulier, la matrice est dans sa position ordinaire, ni plus haute, ni plus basse; son volume n'est pas augmenté. Une sonde introduite dans la vessie, ne rencontre aucun obstacle dans le canal de l'urètre, et ne fait rien découvrir dans la vessie, dont la capacité paraît médiocre; elle urine seulement deux fois dans les vingt-quatre heures, et en quantité ordinaire elle sent le besoin d'uriner, mais cependant la vessie ne peut être vidée que par la sonde, ou lorsqu'elle est dans le bain; alors l'émission de l'urine a lieu volontairement. Lorsqu'elle boit beaucoup elle souffre bien moins que lorsqu'elle boit peu. Car alors elle ressent dans la vessie des douleurs sourdes, mais supportables; elle marche assez difficilement, et comme une femme sur le point d'accoucher. Quand elle marche ou monte un escalier, elle a des étouffements, des oppressions, et la moindre surprise ou émotion lui donne de violentes palpitations.

Les mesures du ventre sont prises exactement à l'entrée de la malade; elles n'ont pas variées de 13 millimètres à 27 millimètres, pendant tout le temps qu'elle est restée à l'Hôtel-Dieu (cinq mois environ.)

Pendant les premières semaines de son séjour à l'hôpital, elle a été soumise à une médecine expectante. Incertain sur la nature de la maladie, M. Blandin, dans le service duquel elle était, s'est attaché à combattre les symptômes prédominants. Le traitement a consisté dans plusieurs saignées du bras, espérant faire disparaître les maux de tête qu'elle éprouvait assez habituellement. Plusieurs saignées du pied et applications de sangsues aux cuisses et aux parties génitales ont été faites dans l'espoir de rappeler les règles. A l'intérieur, on a administré les emménagogues; tout a été inutile; il n'en résulte aucun changement, si ce n'est que tous ces traitements affaiblissent la malade.

Alors M. Blandin prie MM. Roux, Montain, de Lyon, Récamier, Robert, etc., d'examiner la malade. Parmi ces médecins les uns admettent, les autres rejettent l'idée d'une grossesse au moins d'une grossesse normale; aucun d'eux ne veut se prononcer d'une manière positive sur sa manière de voir; ils portent tous un diagnostic différent.

M. Roux, qui avait pensé d'abord à une grossesse normale, examine de nouveau et refuse de se prononcer; cependant il penche pour une grossesse extra-utérine. A cette occasion, ce professeur nous fait part de plusieurs cas de jeunes filles, qui, sou-

Digitized by Google

tenant n'être pas enceintes, n'en étaient pas moins accouchées à terme; il engage à attendre.

M. Montain, de Lyon, croit aussi à une grossesse; mais selon lui l'enfant est mort; ce corps étranger en putréfaction a produit un épanchement séreux et des gaz, soit dans l'ovaire, soit dans l'utérus; du reste, M. Montain n'ose prononcer si c'est le résultat d'une grossesse utérine, tubaire, ovarique ou abdominale.

M. Récamier, dont le diagnostic est parfois si surprenant, refuse de se prononcer; cependant il pense à un amas de matières fécales dans la fin du gros intestin, et ordonne, d'après cette opinion, un traitement que nous indiquerons plus loin.

M. Blandin, qui soigne habituellement la malade, croit voir une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche, à cause de la motité qu'on rencontre dans cette région. M. Robert n'a aucune raison pour croire plutôt à l'une qu'à l'autre de ces maladies, et ne veut pas se prononcer; d'autres médecins présents à cet examen, semblent croire à la rétention des règles dans l'utérus. Du reste, tous les consultants restent dans le doute. Dans cet état d'incertitude, M. Blandin fait suivre à la malade le traitement prescrit par M. Récamier, le seul qui ait été proposé, le voici : Régime sédatif, aliments froids; bains à 18° R. Plusieurs lavements froids par jour, puis quelques purgatifs doux. Ce traitement est mis en usage le 21 octobre, et continué jusqu'à la fin de décembre. Le 22, le 27, le 30, deux onces d'huile de ricin; le 7, le 9, le 13, sulfate de soude, une once à chaque fois. Le 29 octobre, époque menstruelle, 15 sangsues à la vulve. Le 10, le 11 novembre, le 24 décembre, 20 sangsues sur le ventre; le 26, quinze à la vulve; le 27 vingt sangsues à l'anus. Saignées du pied le 5, le 12, le 29 novembre. Les 23, 24, 25, 26, novembre, frictions mercurielles, qu'on cesse à cause de la salivation. Le 2 décembre, vésicatoire sur le ventre. Nous devons ajouter que depuis le 21 octobre, jour où elle a commencé le traitement, la jeune malade a pris chaque jour un bain froid, des bains de pieds sinapisés et de la tisane d'armoise. Pendant tout ce traitement le ventre n'a pas diminué; au contraire, il a plutôt un peu augmenté, tous les symptômes sont à peu près les mêmes qu'à l'entrée de la malade, moins la pression sur le flanc gauche, qui est devenue plus douloureuse. Le matin, et dans le courant de la journée, la malade se trouve beaucoup mieux que le soir et dans la nuit, où elle éprouve des élancements dans le bas-ventre, et de forts battements de cœur.

Elle resta encore à l'Hôtel-Dieu jusque dans les premiers jours du mois de mars 1837, conservant toujours sa fraîcher de jeune fille et son état habituel d'embonpoint. Aucun changement dans sa position; son ventre est absolument le même qu'à son entrée, ainsi que l'excrétion des urines. A sa sortie, M. Blandin lui conseilla de prendre beaucoup d'exercice, de faire des promenades en voiture, ce qu'elle fit tous les deux jours, pendant trois semaines; elle allait à Versailles en coucou, et revenait par la même voiture. Cet exercice, loin de procurer de l'amélioration, rendit les douleurs du ventre plus vives; la malade ne pouvait faire que quelques pas à pied et en se fatiguant beaucoup.

Le 24 mars 1837, elle entra à l'hôpital Saint-Louis, absolument dans le même état qu'elle était à l'Hôtel-Dieu; il y avait trois mois que je ne l'avais vue; je ne trouvai aucun changement dans sa position. Les mesures que j'avais prises à l'Hôtel-Dieu au moment de son entrée et pendant le cours de sa maladie étaient exactement les mêmes à son entrée à Saint-Louis; le volume du ventre n'avait pas diminué, seulement la pression paraissait plus douloureuse, toujours même fraîcheur, même embonpoint, même état des seins et des parties génitales, etc.; un peu d'ennui et de découragement, moins d'appétit, quoique les digestions fussent bonnes, selles régulières, point de dévoiement, jamais de douleurs ni dans les reins, ni dans la vessie, ou dans le ventre; impossibilité de marcher ou même de rester sur les jambes sans se fatiguer promptement; quelquefois elle ressent des crampes dans les membres inférieurs, qui ne sont ni enflés, ni œdémateux, rien dans les régions inguinales ou dans les fosses iliaques qui puissent comprimer les veines et les nerfs cruraux.

A cette époque, je priai M. Jobert d'examiner la malade; il pensa, mais sans vouloir l'affirmer, qu'il pourrait y avoir un épanchement sanguin, une tumeur développée dans l'épaisseur du péritoine; il introduisit dans l'intérieur de l'utérus une sonde de femme qui y pénétra avec la plus grande facilité et à la profondeur d'un pouce à un pouce et demi. Cette exploration n'amena aucun résultat; elle apprit seulement que les parois de l'utérus étaient épaisses, dures, résistantes; que cet organe ne contenait ni caillot sanguin, ni autre corps étranger; l'instrument ne provoqua aucune douleur.

Ignorant absolument la nature de sa maladie et n'ayant aucune raison pour admettre telle maladie plutôt que telle autre, je la soumis empiriquement au traitement, dans l'espoir cependant de provoquer les règles; tous les jours un pot de tisane d'armoise, une pilule composée de sous-carbonate de fer et de seigle ergoté (10 centig. de chaque substance); de temps en temps le seigle ergoté était remplacé par 10 centig. de safran, avec addition de 12 millig de castoréum; des frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain; bains simples. Ce traitement est continué pendant un mois; ensuite on lui donne seulement dans chaque pot de tisane 75

Digitized by Google

centig. de seigle ergoté, ou bien elle les mange avec des confitures sur son pain, ce qu'elle préfère plutôt que de prendre des pilules ou de boire de la tisane. L'usage du seigle ergoté ne détermine aucun accident. Pendant son séjour à Saint-Louis elle a été saignée deux fois aux pieds et une fois au bras, afin de la débarrasser des violents maux de tête qui revenaient à chaque époque menstruelle. Trois fois des sangsues ont été appliquées à la partie interne des cuisses, également à l'époque où auraient dû paraître les règles. Pendant longtemps ce traitement n'a été suivi d'aucun changement dans son état. Ce ne fut que le 13 juin 1837, en prenant de nouvelles mesures, que je m'aperçus qu'il y avait un peu de diminution dans le volume du ventre, dont la douleur était toujours la même à la pression. La malade dit sentir de l'eau dans son ventre; en effet, si on imprime un mouvement de succussion brusque, on entend le flot d'un liquide qu'on ne peut sentir avec les doigts par percussion saccadée quelque précaution qu'on prenne. Ce liquide paraît contenu dans un point très-circonscrit du ventre, dans la région latérale gauche et inférieure de l'abdomen; en percutant l'abdomen, la sonorité est sensible partout, excepté à gauche, où il existe une forte matité dans l'espace compris entre une ligne verticale qui tomberait à 5 centimètres en dehors de l'ombilic et 2 millimètres horizontaux qui couperait ceux-ci au niveau de l'ombilic; c'est aussi dans ce point que la pression détermine des douleurs plus vives; au toucher il est impossible de sentir aucune tumeur située profondément, lors même qu'on presse fortement dans l'intention de déprimer les parois abdominales. Ces tentatives provoquent seulement de vives douleurs. Le ventre est encore uniformément développé; cependant depuis qu'il a diminué, en examinant attentivement, on constate que le côté gauche a un peu plus d'étendue que le côté droit; je m'en assure par une mensuration minutieuse, et je trouve une différence de 2 centimètres entre les deux côtés du ventre, mesurés de l'épine iliaque antérieure à l'ombilic. La circonférence de la taille est de 65 centimètres au lieu de 75 qu'elle avait à l'entrée de la malade. La circonférence au niveau de l'ombilic de 78 centimètres au lieu de 88. La diminution dans le développement du ventre est de 10 centimètres. Maintenant le siége de la maladie paraît évidemment être à gauche; la douleur est plus vive à la pression; il y a de la matité dans une certaine étendue; enfin ce côté présente un peu plus de développement que l'autre. L'état général n'a pas cessé d'être excellent.

Le 16 juin, elle est prise d'un peu de dévoiement : quatre ou cinq garderobes dans les vingt-quatre heures. Les seins sont sensibles, gonflés, douloureux au toucher; elle éprouve des coliques dans le ventre et les reins, avec un malaise général. Au seigle ergoté qu'elle prend chaque jour, je fais ajouter à la visite du matin deux pilules de sous-carbonate de fer et de safran, appliquer des cataplasmes sinapisés à la partie interne des cuisses.

Le 17 juin au matin, apparition des règles; elles coulent peu abondamment; même prescription que la veille. Les règles durent toute la journée, toute la nuit et une partie du lendemain; elles sont si peu fortes que la malade ne perd pas 31 grammes de sang.

Le 19 et le 20, application de dix sangsues à la partie interne des cuisses. Elle est soumise ensuite au même traitement que les mois précédents. L'apparition des règles a apporté une diminution assez sensible dans le volume du ventre, aucune modification dans l'émission des urines qui se fait toujours de la même manière; la pression détermine toujours la douleur dans les points que j'ai indiqués.

La malade ennuyée d'un aussi long séjour à l'hôpital demande à sortir. Chaque semaine elle vient à l'hôpital, afin que nous puissions constater son état.

Le mois suivant, retour des règles; elles sont peu abondantes et durent un jour. A l'exception du ventre qui diminue peu à peu, tous les autres accidents persistent, tels que la douleur dans la région iliaque gauche, la rétention d'urine, etc. Elle se fatigue toujours beaucoup en marchant; elle travaille en magasin.

Les règles sont encore revenues le troisième mois, mais plus abondantes; elles ont duré huit jours; depuis elles ont toujours paru avec beaucoup de régularité, et leur durée ordinaire a été de cinq à six jours. A cette nouvelle apparition des règles, le ventre est devenu plus douloureux, et dans une étendue plus considérable sa sonorité est tympanique et existe presque partout, excepté dans un point assez circonscrit du côté gauche, qui est très-mat à la percussion et le siége d'une vive douleur. La malade assure ressentir des élancements dans ces parties et y souffrir beaucoup depuis l'époque de ses règles; on ne sent aucun battement, mais on voit aisément qu'il existe de ce côté un peu de tuméfaction, sans changement de couleur à la peau, sans empâtement, sans fluctuation soit superficielle soit profonde. Application de vingt sangsues, cataplasmes, bains simples, repos.

A partir de cette époque, la diminution du ventre a été assez rapide, ainsi que celle de la douleur du flanc gauche. La rétention d'urine a encore persisté assez longtemps et a disparu enfin spontanément.

Peu à peu le ventre a diminué et est revenu à son volume normal. Il n'existe plus de sa maladie qu'une légère douleur dans un point très-circonscrit de la région iliaque gauche : cette douleur n'incommode nullement la malade, qui ne la ressent que lorsqu'on

comprime assez fortement le point qui en est le siége; d'ailleurs, sa santé est parfaite; seulement, à chaque époque menstruelle, elle éprouve dans le bas-ventre, du côté gauche, une douleur plus vive, qui disparaît avec l'écoulement des règles, qui sont assez abondantes, et durent sept ou huit jours.

Cette singulière affection m'a paru si extraordinaire, et a fixé l'attention de tant de médecins, qui n'ont osé se prononcer sur sa nature, que j'ai cru devoir la recueillir et la rapporter avec détail. Je me suis attaché à suivre avec soin toutes ses variations, afin de mieux faire connaître tout ce qu'elle a présenté d'embarrassant pour le diagnostic. Quoiqu'il paraisse assez aisé, en lisant les auteurs, de distinguer les tumeurs abdominales, cependant il est des cas où l'erreur devient si facile, qu'elle est, sinon impossible, au moins très-difficile à éviter. L'observation que je viens de rapporter nous en offre un exemple remarquable. Si quelquefois ces erreurs ont lieu faute de connaissances, ou par trop de précipitation, elles arrivent encore quelquefois, quelque précaution que l'on prenne. Ainsi, dans le cas que nous rapportons, on a vu plusieurs praticiens distingués convenir qu'ils ne pouvaient affirmer qu'il existait telle maladie plutôt que telle autre, tout en portant cependant le diagnostic qui leur paraissait le plus probable, d'après les apparences et les signes que présentait cette jeune fille. C'est pourquoi, pour ne pas se laisser séduire par toutes les circonstances qui peuvent en imposer, il ne faut hasarder son jugement qu'après un mûr examen. Pour le sujet qui nous occupe, ce qui fait le plus communément donner dans le piége, c'est le développement considérable du ventre. Il y a des gens si prévenus qu'il leur suffit de savoir qu'une jeune fille a le ventre gros, n'a plus ses règles depuis cinq ou six mois, qu'elle est jolie, fraîche, intelligente, etc., pour qu'ils décident qu'elle est enceinte. Je conviendrais bien avec eux qu'il est plus ordinaire aux jeunes filles d'être enceintes, lorsqu'elles sont dans les conditions que je viens de dire, que d'avoir une autre maladie, une ascite par exemple; mais comme il est fort possible que le contraire arrive : je dis que, lorsqu'il est question de juger, ce n'est pas par l'âge qu'on doit le faire, ou par les apparences, mais par la maladie elle-même. Était-il possible, dans cette circonstance, de reconnaître la nature de l'affection qui existait réellement? Pouvait-on, avec quelque raison, croire à l'existence soit d'une grossesse proprement dite, d'une grossesse extra-utérine, d'une grossesse normale ou anormale, mais avec mort et décomposition du fœtus; d'une accumulation de matières fécales dans le rectum ou le colon, d'un amas de sang dans la cavité utérine, d'un épanchement sanguin organisé dans l'épaisseur du péritoine, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, ou enfin de toute autre tumeur développée dans le ventre? Était-il possible, enfin, d'arriver au véritable diagnostic? Je vais examiner toutes ces questions les unes après les autres avant de porter un jugement. La discussion à laquelle je vais me livrer ne sera pas, d'ailleurs, sans intérêt pour le diagnostic différentiel des tumeurs abdominales, et pourra servir à son histoire, pour celles que je vais passer en revue.

Chez cette jeune fille, ceux qui prononcèrent qu'il y avait probablement grossesse, et qu'il fallait attendre, s'appuyèrent, sans doute, sur la suppression des règles depuis plusieurs mois, sur le développement uniforme et rapide du ventre à la suite de cette suppression, sans aucun trouble des fonctions, sur l'absence de douleur dans cette cavité, sur la fraîcheur, sur la santé si belle de cette jeune fille, sur son âge, enfin sur l'idée aussi qu'elle pouvait avoir quelque intérêt à cacher sa grossesse, etc., d'autres crurent qu'il y avait grossesse extra-utérine : ceux-ci se fondaient d'abord sur toutes les raisons énumérées plus haut; ensuite sur ce qu'il existait de la motité dans le flanc gauche, sur la douleur qu'y déterminait la pression, sur l'état normal du col de l'utérus, dont la position et le développement n'offraient rien que de très-ordinaire, enfin sur l'absence de tout phénomène physiologique du côté des mamelles. La sonorité remarquable qui existait dans presque toute l'étendue du ventre, mais principalement dans le flanc droit, jointe aux signes précédemment décrits, fit penser à M. Montain (de Lyon) qu'il existait une grossesse compliquée de la mort du fœtus, dont la décomposition avait donné naissance à un épanchement, à des gaz, et, par conséquent à l'intumescence du ventre et à la tympanite.

Ces raisons, de part et d'autre, n'étaient pas sans fondement, mais ils ne devaient ni les uns ni les autres en conclure ce qu'ils en concluaient, ce qu'ils faisaient, du reste, sans vouloir l'affirmer, puisqu'il y a des jeunes filles qui peuvent avoir un gros ventre, une suppression de règles, offrir en apparence tous les signes de la grossesse, sans être enceintes. La rétention des règles, l'hydropisie ascite ou enkystée, la tympanite, les tumeurs développées dans l'ovaire ou le bassin, etc., nous en offrent de fréquents exemples. Ces affections peuvent produire le plus grand nombre des signes rationnels de la grossesse. Ce n'est donc point l'intumescence du ventre ni sa forme, la cessation des règles, qui caractérisent la grossesse, ce n'est pas non plus l'âge de la personne, puisqu'on en rencontre qui offrent tous ces signes, sans qu'on soit pour cela en droit de conclure que c'est une grossesse. Toutes les circonstances que nous venons d'énumérer doivent bien, à la vérité, se rencontrer dans la grossesse extra-utérine, mais l'absence des circonstances suivantes devait rendre

Digitized by Google

plus circonspect dans le jugement qu'on avait à porter.

1° L'idée d'une grossesse, au moins d'une grossesse normale, devait être rejetée, puisqu'en touchant le col on ne le trouvait point effacé, entr'ouvert, comme il aurait dû l'être dans une grossesse de sept ou huit mois. Au contraire, il était long d'un pouce à peu près, effilé ; son ouverture était resserrée ; les seins n'avaient éprouvé aucun changement.

2° En touchant la malade, placée sur les genoux, on ne sent pas le ballottement qui accompagnerait la grossesse, et l'utérus ne paraît pas avoir acquis un plus grand développement.

3° Par le rectum, on sent la matrice dans sa position ordinaire ; son volume ne paraît pas augmenté.

4° Le défaut de mouvements perceptibles du fœtus, s'il y en avait eu un de sept ou huit mois. En effet, jamais la malade n'a ressenti aucun mouvement ni battement dans le ventre, et l'auscultation ne fait entendre ni bruit circulatoire, placentaire ou autre.

5° Enfin, la malade, interrogée pour savoir si elle n'avait point eu de rapports sexuels, sur la cause de la disparition de ses règles, etc., a répondu à toutes ces questions de manière à éloigner l'idée de l'existence d'une grossesse.

Était-ce une grossesse compliquée de la mort du fœtus, comme l'a pensé M. Montain (de Lyon), à cause de la grande sonorité, qui serait due, selon lui, au développement de gaz formés par la putréfaction du fœtus? Mais l'absence de symptômes généraux, l'état de santé de la malade, sa fraîcheur, son embonpoint, l'absence de fluctuation, l'état de l'utérus, sa position, etc., détruisent cette opinion, ainsi que celle de M. le professeur Roux, qui croit à une grossesse, soit normale, soit extra-utérine. D'ailleurs, M. Montain n'ose pas prononcer si l'épanchement du gaz ou de sérosité, qu'il suppose, est le résultat d'une grossesse utérine, tubaire ou ovarique.

Il était tout à fait impossible de croire à la rétention des règles dans l'utérus, à l'existence d'un polype, d'un corps fibreux, d'un mole, ou d'un faux germe, etc., puisque l'utérus a son volume normal, qu'il n'a pas changé de position, que la malade a eu déjà plusieurs fois ses règles. L'état du col, qui serait effacé, entr'ouvert, la marche de cette affection, l'absence de symptômes généraux, ne permettent pas de nous arrêter à cette opinion. Du reste, l'introduction d'une sonde de femme dans la cavité de l'utérus a levé tous les doutes, en même temps qu'elle a démontré qu'il n'y avait ni hydrométrie, ni tympanite utérine. Dans ces cas, d'ailleurs, il y a toujours une altération si profonde de la santé que la méprise devient, par cela même, presque impossible, quand on y réfléchit un peu. Ainsi il est donc bien évident que le siége de la maladie n'était pas dans la matrice.

Il nous reste maintenant à examiner si ce développement du ventre était dû à une accumulation de matières fécales, comme l'a pensé M. Récamier, ou à toute autre tumeur de l'abdomen, à un épanchement de sang, par exemple, ou à une hydropisie enkystée de l'ovaire, etc.

Le diagnostic porté par M. Récamier ne peut être admis. Du reste, ce praticien distingué, qui avait pensé d'abord à un amas de matières fécales, dans la fin du gros intestin, en examinant de nouveau la malade, refuse de se prononcer ; il ordonne seulement le régime que nous avons indiqué plus haut. La régularité des selles chez cette jeune fille, qui avaient lieu toutes les vingt-quatre heures au moins une fois, souvent deux fois, l'état des matières fécales, qui n'indiquaient ni de la constipation, ni de la diarrhée, l'absence dans la région iliaque gauche de bosselures, d'inégalités, causées par les matières fécales accumulées et d'urines dans l'intestin, l'absence de coliques, l'examen du rectum et du vagin, la position normale de l'organe gestateur, etc., devaient faire abandonner cette idée.

J'ignore sur quelles raisons se fondait M. Jobert pour dire que ce pouvait être une tumeur résultant d'un épanchement sanguin qui se serait organisé dans l'abdomen. Rien dans les renseignements commémoratifs ne pouvait faire naître cette idée ; dans tous les discours de la malade qui est douée de beaucoup d'intelligence, elle ne dit pas un mot qui pût faire soupçonner cette espèce de lésion ; ni même la véritable nature de la maladie, dont le début a été si insideux qu'elle n'a pu l'indiquer.

M. Blandin croit voir ici une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche, à cause de la motité de la région iliaque gauche, de la douleur qu'on détermine dans ce point par la pression ; l'âge de la malade, l'état de sa santé générale, la manière dont s'est développé le ventre, sont les raisons qu'il donne, sans vouloir affirmer son diagnostic ; en suivant la méthode d'exclusion, on était arrivé à cette maladie, et c'était en effet celle qui paraissait le plus probable ; je dis le plus probable, car elle n'offrait que des signes équivoques, qui, considérés isolément n'avaient que peu de valeur. Sans doute il y avait matité dans la région iliaque gauche, douleur à la pression, intumescence du ventre. Ce dernier signe était sans valeur, car le développement uniforme symétrique du ventre n'a jamais lieu que lorsque l'affection est ancienne ; alors la fluctuation est sensible ; ici point de fluctuation quelque soin qu'on mît à la trouver ; point de tumeur apparente appréciable à la main dans une des régions iliaques, ou au-dessus du pubis ; dans l'hydropisie enkystée ou toute autre tumeur accidentelle, le changement qu'elles apportent dans la forme de l'abdomen est local, du moins pendant un

Digitized by Google

certain temps. La malade assure n'avoir jamais remarqué de tumeur d'un côté ou de l'autre, à aucune époque.

D'un autre côté, lorsque l'hydropisie enkystée est assez avancée pour donner au ventre un développement régulier uniforme et symétrique, il existe alors des symptômes particuliers qui manquaient chez cette jeune fille ; la fluctuation, les troubles fonctionnels des viscères de l'abdomen, la gène de la respiration, l'œdème des extrémités inferieures, le développement du système veineux, sous-cutané, abdominal, etc. Le toucher par le vagin était loin de confirmer les soupçons qu'on avait. Il manquait dans ce cas l'ordre ordinaire dans lequel se trouve placée la matrice qui est entièrement dérangée ; le fond de ce viscère est entraîné et enlevé par le kyste, s'incline de son côté ; le museau de tanche répond alors au côté opposé, et ses bords au lieu d'être placés parallèlement aux symphyses sacro-ischiatiques deviennent, l'un supérieur et l'autre inférieur; dans cette situation, l'une des surfaces répond à la symphyse sacro-vertébrale, et l'autre aux parois antérieures de l'hypogastre ; si je semble porté à croire qu'il existait cependant une hydropisie enkystée de l'ovaire ou plutôt un kyste séreux de l'ovaire, c'est à cause de la fluctuation que je sentis sur les derniers temps de la maladie, quand cette fille vint à Saint-Louis, et parce qu'elle disait sentir de l'eau dans son ventre. Cette dernière circonstance est un signe de plus en faveur de l'opinion de M. Blandin, mais il ne suffit pas encore pour affirmer quelle était la véritable nature de la maladie ; sa terminaison favorable et peu ordinaire doit nous laisser dans le doute et nous rappeler l'aphorisme 1223 de Boerhaave : *Notabilis hydropis species, quæ ovaria mulierum sæpe occupat, difficulter cognoscitur et vix sine inciso cadavere.* On pourrait encore soupçonner une tumeur hydatique développée dans le ventre ; j'en connais un exemple bien remarquable.

En 1837, une de mes clientes, femme d'un architecte, eut un premier accouchement très-heureux. Cette dame, âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, nourrit elle-même son enfant, qui mourut du croup quelques mois après sa naissance ; le chagrin qu'elle en éprouva altéra un peu sa santé ; elle devint triste, chagrine, et perdit l'appétit. Cependant les règles se rétablirent bien et régulièrement, et l'espoir d'avoir un autre enfant fut le vœu de tous ses désirs ; sa joie était au comble quand à l'époque de ses règles elle éprouvait un ou deux jours de retard seulement ; elle se croyait enceinte. Il se passa plusieurs mois sans qu'il en fût ainsi, et déjà elle croyait qu'elle ne deviendrait plus mère. Sur ces entrefaites, une douleur se déclara dans le côté gauche au-dessous des fausses côtes ; le toucher fait reconnaître l'existence d'une tumeur. Le mari vint me chercher, et je reconnus, en effet, qu'il existait dans le flanc gauche, dans l'espace compris entre les fausses côtes, l'épine iliaque antérieure, en dehors du muscle droit, une tumeur globuleuse non adhérente aux parois abdominales, médiocrement mobile, peu douloureuse à la pression, assez profondément située, et du volume des deux poings ; on pouvait croire à une grossesse extra-utérine, une tumeur enkystée de l'ovaire, une accumulation de matières fécales, etc. Je priai mon ami, M. le docteur Nélaton d'examiner cette dame avec moi ; il le fit avec soin et à plusieurs reprises, sans jamais oser se prononcer sur la nature de la maladie. Après un mois d'examen attentif, nous n'étions pas plus avancés que le premier jour, lorsque la sortie par les selles de nombreuses hydatides, l'affaissement et la disparition presque entière de cette tumeur, vinrent nous apprendre quelle était sa nature. Depuis, cette dame est devenue enceinte et est accouchée heureusement d'une petite fille qu'elle nourrit. Le reste de cette observation n'appartient pas à mon sujet. J'en parlerai une autre fois ; ce que j'en rapporte ici ce n'est que pour faire voir combien il est facile de se tromper, et prendre, dans ces points, une maladie pour l'autre. On doit donc se tenir sur ses gardes et se défier des choses qui peuvent faire prendre le change.

Je conclus de cette discussion, quant à la véritable maladie de notre jeune fille, qu'il était plus facile de dire ce qu'elle n'était pas, que de déterminer sa nature ; qu'on pouvait à la rigueur, et après un examen léger, la prendre, soit pour une grossesse normale, une grossesse extra-utérine, un épanchement de sérosité et de gaz produit par la mort d'un fœtus dans le sein de la mère, une accumulation de matières fécales, un épanchement sanguin dans l'abdomen, une tumeur hydatique, etc., etc. ; mais qu'on devait, après un examen réfléchi, écarter la plupart de ces affections, pour croire ou à un kyste séreux de l'ovaire, ou à une hydropisie enkystée de cet organe ou de sa trompe, ou, enfin, à une tumeur hydatique, qu'il était impossible, avec les renseignements que nous avons eus et les symptômes qu'a offerts cette jeune fille, de connaître la nature véritable de l'affection, qu'on aurait cependant quelques raisons de croire à l'existence d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, à cause de la fluctuation qui devint sensible sur les derniers temps, mais que la terminaison heureuse de la maladie laissera toujours des doutes à ce sujet.

Ces réflexions pourront paraître indifférentes à ceux qui, comme Hunter, regardent les hydropisies enkystées abdominales comme incurables, et les procédés opératoires qui leur sont applicables comme des palliatifs inutiles et même dangereux ;

Digitized by Google

mais elles pourront être de quelque valeur à ceux qui comme Monro, Ledran (1), Petit-Radel (2) M. Récamier (3), et surtout le docteur Bright (4), croient à l'utilité de l'opération dans certains cas, lorsque la maladie aura été bien reconnue par un examen attentif des signes qui se composent de toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné l'invasion, les progrès de la maladie. Dans le cas qui nous occupe, ici, ils étaient bien suffisants pour faire connaître la nature du mal, et il eût été bien imprudent de tenter un traitement chirurgical; dans des cas aussi obscurs on doit attendre que la nature qui cherche toujours à se débarrasser de ses produits accidentels se soit prononcée d'une manière claire, et qu'elle ait posé une indication.

Quant à la rétention d'urine elle venait indubitablement de la tumeur dans le ventre, soit par compression ou par irritation, ou peut-être par ces deux causes réunies.

Gazette médicale. — Mai 1840.

Mémoire sur la véritable cause et le mécanisme de l'incontinence, de la rétention et du regorgement d'urine chez les vieillards; lu à l'Institut (Académie des sciences) le 10 juin 1839; par M. le docteur L. Auguste Mercier (5).

Chacun sait l'influence qu'ont toujours eue les doctrines médicales sur le traitement des maladies; aussi tout ce qui touche à la médecine, quelque indirectement que ce soit, touche au sort de l'humanité. Combattre des erreurs, c'est soustraire l'homme souffrant à des traitements inutiles, ordinairement douloureux, souvent même funestes : à ces erreurs substituer la vérité, c'est faire plus encore, c'est indiquer les seules méthodes thérapeutiques véritablement efficaces. Je me proposais ce double but relativement à l'incontinence, à la rétention et au regorgement d'urine considérés spécialement chez les hommes âgés; mais réfléchissant que ce serait vous ravir un temps précieux, je me bornerai à la seconde partie de ma tâche; je n'essaierai donc pas de vous démontrer que ces graves maladies ne sont pas l'effet d'une paralysie de la vessie ou de son col, comme on le croit assez généralement; mais après vous avoir prié d'admettre pour un instant avec moi qu'elles dépendent de conditions matérielles, organiques, ce sont ces conditions et leur mode d'agir que je vais vous exposer.

Le symptôme le plus grave des maladies des voies urinaires, c'est la rétention d'urine; c'est elle qui, arrivée à des degrés divers, enfante, ainsi que j'espère le démontrer plus tard, presque toutes celles de ces affections qui assiègent la vieillesse. Nous ne devons donc pas être étonnés que tous les auteurs qui ont écrit sur les engorgements de la prostate n'aient parlé que de la rétention d'urine, et quand ce symptôme n'existait pas, que la prostate fût hypertrophiée ou non, on n'y faisait nullement attention. Boyer, il est vrai, a dit, dans son *Traité d'anatomie* (t. IV, p. 482, 1805), avoir trouvé la *luette vésicale* très-gonflée sur des cadavres dont la vessie n'était nullement distendue par l'urine; mais cette remarque, il l'a jetée, pour ainsi dire, en passant : il lui suffisait qu'il n'y eût pas rétention, et il n'a pas cherché s'il pouvait en résulter quelque autre dérangement. Sœmmering dit que la tuméfaction de la prostate détermine l'incontinence d'urine *lorsqu'elle dilate le col de la vessie* (*Traité des maladies de la vessie*, etc., p. 122); mais il n'appuie cette assertion sur aucun fait, sur aucune autorité, sur aucun raisonnement. Comment se fait cette dilatation? il n'en dit pas un mot. D'ailleurs cette phrase prise dans un sens aussi absolu est une grave erreur; car je crois pouvoir démontrer que cette dilatation se présente dans tous les cas d'hypertrophie sans exception; et cependant combien de fois, au lieu d'incontinences, n'avons-nous pas des rétentions d'urine! D'autres auteurs ne parlent de l'incontinence des vieillards que pour en restreindre beaucoup trop la fréquence, ou plutôt pour l'expliquer d'une autre manière. Desault, par exemple, dit que chez eux l'incontinence est rare, et que ce n'est presque toujours qu'un regorgement (*OEuvres chir.* t. III, p. 95). Cependant il admet, ainsi que les auteurs précédents, ainsi que Chopart et beaucoup d'autres encore, une incontinence produite par la paralysie des organes qui président à la rétention des urines.

Je n'admets pas cette prétendue paralysie de la vessie ou de son col quand elle ne coexiste pas avec l'affaiblissement ou la paralysie d'autres parties du corps; mais comme il existe réellement des vieillards qui laissent échapper involontairement leur urines, sans qu'il y ait regorgement, je dis plus : *comme la plupart des vieillards affectés de rétention*

---

(1) Mémoire de l'Académie de Chirurg.

(2) Encyclop. Méthod. Part. chirur., tom. II, p. 132.

(3) M. Récamier vient tout récemment de pratiquer une opération à l'Hôtel-Dieu, pour un kyste uniloculaire de la trompe, qu'il a ouvert par l'abdomen et par le vagin, d'après un procédé tout particulier.

(4) Arch. génér. de méd., année 1828, tome III.

(5) Ce mémoire est un chapitre abrégé d'un ouvrage qui va paraître incessamment sous ce titre : *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux considérées spécialement chez les vieillards.*

Digitized by Google

d'urine ont d'abord été tourmentés par une difficulté plus ou moins grande à retenir ce liquide, circonstance à laquelle on n'avait pas fait attention jusqu'à présent, recherchons si l'anatomie ne peut pas nous rendre compte de ces phénomènes.

Dans un travail que je vais publier incessamment sur la disposition de la couche musculaire de la vessie et de son col, travail qui, si je ne m'abuse, ne laissera plus d'incertitude sur ce sujet, je démontre que le col de cet organe ne se ferme pas par un resserrement de tous les points de sa circonférence, mais par le rapprochement, la coaptation de ses deux moitiés latérales; en un mot, il représente une fente dirigée d'avant en arrière. Par l'hypertrophie antéro-postérieure des lobes latéraux de la prostate, cette fente augmente de longueur; mais on conçoit que tant que ses bords resteront en coaptation parfaite, l'urine sera retenue comme auparavant; de sorte qu'une hypertrophie même considérable de cette glande pourra survenir sans qu'il en résulte un changement notable dans l'excrétion de ce liquide. Mais maintenant supposons qu'un point quelconque de ces bords vienne à s'écarter, alors les urines s'y précipiteront, et si cet écartement est permanent et considérable, il y aura une incontinence complète. C'est précisément ce qui a lieu dans beaucoup de circonstances.

Supposons qu'un corps s'interpose entre les deux bords du col vésical, à leur extrémité postérieure, et les tienne éloignés, alors au lieu d'une fente, nous aurons une ouverture triangulaire dont la base sera tournée en arrière, le sommet dirigé en avant et par l'aire de laquelle l'urine s'échappera d'autant plus facilement que l'écartement des bords latéraux sera plus grand et leur rapprochement moins possible. C'est précisément cet écartement que produit l'hypertrophie de la portion transversale, ou lobe moyen de la prostate; c'est là la cause ordinaire de l'incontinence d'urine qui afflige les vieillards, et c'est là ce qui m'a fait dire, il y a déjà plusieurs années (*Bullet. de la soc. anat.*, fév. 1836), que l'hypertrophie générale et uniforme de la prostate s'accompagnait *plutôt* d'incontinence que de rétention d'urine. Ainsi, cette portion de la glande qui dans l'état ordinaire est si petite qu'on peut à peine la mettre en évidence, prend assez souvent un accroissement considérable chez les hommes âgés; par son accroissement dans le sens transversal, elle éloigne les lobes latéraux l'un de l'autre et *quelle que soit sa forme, si elle ne recouvre pas l'orifice de l'urètre à la manière d'une soupape, elle dispose à l'incontinence d'urine.* Cette incontinence sera plus ou moins grande, suivant le degré d'écartement, et suivant la densité du tissu hypertrophié; car si ce tissu est mou, il pourra céder assez facilement aux puissances musculaires qui le compriment.

L'hypertrophie de la portion transversale n'est pas la seule qui puisse produire l'infirmité dont nous parlons; j'ai vu, mais bien plus rarement, les lobes latéraux, en s'hypertrophiant, faire tous deux saillie du côté de l'urètre, et former deux éminences adossées par leur sommet, de sorte qu'au-dessus d'elles les bords latéraux du col vésical se trouvaient écartés de la même manière que deux cylindres qui se touchent déterminent un sillon au-dessus et au-dessous de leur ligne de contact. Ainsi *les portions latérales, en s'hypertrophiant toutes deux du côté de l'urètre, produisent elles-mêmes l'écartement de leur partie supérieure, et déterminent un infundibulum par lequel l'urine s'échappe avec facilité et spontanément.*

Il est inutile de dire que dans le premier cas l'accroissement antéro-postérieur des lobes latéraux augmentera la disposition à l'incontinence en rendant plus grande la distance du sommet de l'ouverture triangulaire dont j'ai parlé à sa base, et qu'il en sera de même dans le second cas, si la portion transversale vient à s'hypertrophier, parce qu'alors elle écartera les bords latéraux de l'orifice urétro-vésical, et favorisera la formation de l'infundibulum.

Je ne ferai que signaler ici l'incontinence d'urine résultant d'ulcérations de la prostate, soit spontanées, soit causées par des calculs ou par des sondes. Il suffit que ces ulcérations envahissent la portion de l'urètre qui avoisine la vessie pour livrer à l'urine un écoulement involontaire. C'est un fait trop facile à comprendre pour qu'il soit besoin de s'y arrêter. Je passe maintenant à la rétention d'urine.

La rétention, comme l'incontinence, peut être causée par une hypertrophie soit de la portion transversale, soit des portions latérales de la prostate.

Tout accroissement de la portion transversale pourra produire ce phénomène dès qu'il sera capable de fermer l'urètre non par une sorte de resserrement, de stricture, comme le disent les Anglais, mais à la manière d'une soupape. Quand cette hypertrophie s'est manifestée sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, s'élevant derrière le col de la vessie, s'inclinant en avant au-dessus de l'orifice urétral, et y restant d'autant plus fortement appliquée que l'urine fait plus d'efforts pour sortir, ce mécanisme de soupape est on ne peut plus évident. Tous ceux qui ont écrit sur les caroncules, les carnosités, les polypes, les fongus, les squirrhes, les tumeurs de la prostate, etc., l'ont connu. Souvent, dans ces cas, la rétention survient brusquement et à une époque seulement où la tumeur est déjà parvenue à un développement qui semblerait incompatible avec l'écoulement libre des urines. Ce sont ces rétentions brusques et que rien ne faisait prévoir qui souvent ont fait croire à tort qu'un calcul vésical oblitérait l'urètre. Voici comment ce phéno-

Digitized by Google

mène se produit : Tant que la tumeur s'élève verticalement, elle ne ferme pas le canal; mais supposons que peu à peu l'écoulement de l'urine l'incline en avant, il pourra venir un temps où tout à coup l'impulsion du courant l'appliquera contre l'orifice urétro-cystique et l'obstruera complétement. C'est ce qui fait que bien des fois c'est pendant l'émission même de l'urine que son cours se trouve interrompu; c'est ce qui fait aussi que chez certains malades cette fonction s'exécute d'autant moins bien qu'ils font plus d'efforts pour l'activer. D'autres fois c'est pendant le sommeil que l'urine en s'accumulant presse de plus en plus sur la tumeur déjà préalablement inclinée en avant, et l'applique contre le col vésical. Alors le malade qui avait uriné avant de se coucher se réveille avec une rétention complète. Dans d'autres circonstances l'ischurie survient pendant qu'il existe une accumulation de matières fécales dans le rectum. Beaucoup de chirurgiens pensent qu'elle est due à la compression de l'urètre par les matières; c'est une erreur. La portion prostatique de ce canal ne se rétrécit pas par l'engorgement de la glande; au contraire, son diamètre antéro-postérieur ou coccy-pubien acquiert une étendue plus considérable. En outre, comme cette portion traverse un tissu doué d'une certaine résistance, elle ne peut s'aplatir ainsi d'avant en arrière; ses bords s'écarteraient plutôt comme ceux d'une boutonnière dont on rapprocherait les extrémités. L'accumulation des matières, immédiatement au-dessus du sphincter de l'anus, peut bien gêner le cours de l'urine en comprimant la portion membraneuse; mais il faudrait que cette compression fût bien forte pour empêcher que ce liquide, une fois engagé dans la portion prostatique, se trouvât dans l'impossibilité absolue de s'écouler au delà : d'ailleurs son cours se rétablirait aussitôt que le rectum serait débarrassé.

Voici une manière plus rationnelle, ce me semble, d'expliquer comment la constipation produit quelquefois, chez les vieillards, une rétention d'urine qui persiste presque toujours, lors même que la cause déterminante a cessé d'agir. Supposons qu'une tumeur s'élève verticalement derrière le col de la vessie; elle n'en oblitérera pas l'orifice. Mais la prostate n'est pas complétement immobile dans le lieu qu'elle occupe; une accumulation de matières, dans le rectum, surtout si elle se fait au-dessus de l'anneau musculaire d'O'Beirn, pourra donc faire faire à cette glande une espèce de bascule, porter plus en avant son extrémité supérieure, et incliner, par conséquent, la tumeur dans le même sens. Celle-ci se trouve alors dans les conditions dont j'ai parlé plus haut; l'impulsion de l'urine achève de l'appliquer contre l'orifice urétral et l'y maintient assez longtemps pour que dorénavant elle ne tende plus à reprendre sa position verticale.

C'est probablement aussi de la sorte qu'agissent l'usage des boissons abondantes ou diurétiques et une trop longue résistance au besoin d'uriner. La vessie se distend, et du moment que son centre de sphéricité a dépassé le bord supérieur des pubis, elle tend à se porter de plus en plus en haut et en avant, et entraîne la prostate dans le même sens, de la même manière qu'à une certaine époque de la gestation, la matrice entraîne la partie la plus élevée du vagin. Nous retrouvons alors les mêmes conditions que dans le cas précédent, c'est-à-dire que, la prostate s'élevant plus en arrière qu'en avant, à cause de ses attaches aux pubis, la tumeur prostatique s'incline plus en avant, et donne plus de prise à l'impulsion de l'urine lorsque ce liquide tend à s'échapper.

Ces considérations sont peut-être bien longues, mais elles étaient nécessaires pour démontrer que toutes ces particularités, qui étaient si souvent causes d'erreurs, parce qu'on ne les avait pas expliquées, se passent d'après les règles de la mécanique la plus simple.

La rétention d'urine produite par les tumeurs de la portion transversale de la prostate, peut être précédée d'incontinence, par les raisons que j'ai déjà indiquées; mais c'est surtout dans le cas que je vais examiner que cette succession se manifeste.

Nous avons vu qu'en se développant d'un côté à l'autre, la portion moyenne de la prostate écarte les lobes latéraux et donne à l'orifice vésical de l'urètre une forme triangulaire, qui permet à l'urine de s'échapper involontairement; mais, en même temps, cette portion se développe dans les autres sens, et notamment en avant, où elle forme une espèce de valvule tendue transversalement au-dessus de la partie postérieure du col. Plus cette valvule s'accroît, plus les lobes latéraux s'écartent en arrière, mais plus aussi la base du triangle se rapproche du sommet; il arrive même un temps où elle l'atteint et où l'orifice vésical, au lieu d'une fente antéro-postérieure, représente une courbe, ou une ligne presque droite, dirigée d'un côté à l'autre. Alors la valvule ou moitié postérieure du col s'applique sur la moitié antérieure, l'urètre se trouve fermé, et c'est ainsi que la rétention d'urine succède à l'incontinence.

Cette forme se rencontre très fréquemment, et c'est certainement elle qui en a le plus souvent imposé, et a fait croire à une paralysie essentielle de la vessie; voici pourquoi : la première cause d'erreur, c'est que ce mode d'hypertrophie ne fait pas une saillie bien sensible du côté de la vessie; la seconde, c'est qu'en faisant l'autopsie, on fend longitudinalement l'urètre sur sa paroi antérieure, qu'on prolonge l'incision jusqu'au sommet de la vessie et qu'on écarte ensuite les deux parties latérales; alors la

valvule, se trouvant tiraillée d'un côté à l'autre, perd dans le sens antéro-postérieur ce qu'elle gagne dans le sens transversal, et n'est plus assez saillante pour frapper les yeux de personnes non prévenues, et surtout pour leur rendre compte de la rétention d'urine. Il faut pour cela, avant d'ouvrir l'urètre, inciser la paroi antérieure de la vessie sur la ligne médiane jusqu'au col exclusivement; alors on voit parfaitement comment la valvule ferme complétement l'orifice.

L'hypertrophie des portions latérales de la prostate peut également produire la rétention d'urine sous deux formes différentes. La première, c'est lorsqu'il s'élève dans la cavité vésicale des tumeurs semblables à celles que nous avons vues, il n'y a qu'un instant, sur la portion moyenne. Comme ces dernières, elles s'opposent à l'excrétion urinaire en s'abaissant sur le col de la vessie, à la manière d'une soupape. Cette forme est la plus rare de toutes. La seconde consiste dans le développement d'une des portions latérales du côté de l'urètre, de manière à déformer ce canal, à le dévier du côté opposé. Certainement ces deux portions de la glande exercent l'une sur l'autre une pression manifeste, puisque celle qui est le siége du développement morbide creuse, pour ainsi dire, l'autre portion; mais dans les cas où, sans autre complication, ces deux lobes sont fortement et également hypertrophiés, et doivent, par conséquent, exercer l'un sur l'autre une pression considérable, il n'en résulte qu'une difficulté, et non une impossibilité d'uriner. Je pense que dans ces cas, la rétention a encore lieu par un mécanisme de soupape. Comme le canal est dévié latéralement, le bord du col, qui correspond au côté vers lequel la déviation s'est opérée, appuie sur la partie convexe de la paroi opposée, et s'y trouve pressée par l'impulsion de l'urine qui tend à s'échapper. Mais, ainsi qu'on peut le concevoir, cette coaptation n'est pas aussi exacte que lorsque c'est une tumeur qui forme valvule; aussi arrive-t-il souvent de grandes variations dans l'excrétion urinaire. Il est rare alors que la rétention soit continue: souvent elle cesse pour reparaître ensuite.

D'ailleurs, c'est ici le lieu de faire une remarque très-importante, c'est que, si je n'admets pas de paralysie essentielle de la vessie, je suis bien loin de nier que l'inflammation, l'épaississement, et la désorganisation de la tunique charnue ne puissent anéantir sa contractilité. Or, ces accidents succédant souvent à la dysurie, on conçoit comment, l'obstacle restant le même, la vessie peut lutter contre lui avec des degrés d'énergie très-variables. C'est pour n'avoir pas fait attention à cette espèce de solidarité que beaucoup d'idées fausses se sont vulgarisées. Les guérisseurs de caroncules, de carnosités, etc., ne voyaient toujours qu'obstacles; d'autres ne voient que paralysies.

En résumé, l'incontinence et la rétention d'urine dont les vieillards sont si souvent affectés, dépendent presque toujours de la même cause, d'un développement morbide de la prostate. Je me permettrai de faire à ce sujet une citation qui prouve combien on s'expose à tomber dans l'erreur quand on veut pousser trop loin la recherche des causes finales. Un auteur justement célèbre a dit que « la rétention d'urine, lorsqu'elle est incomplète, doit être considérée comme salutaire, puisqu'elle prévient l'incontinence, qui, sans cela, aurait presque constamment lieu chez les vieillards.» (A. Cooper. *Lectures on the principles and practice of surgery*. London, 1835, pag. 482.) Or, je le demande, sir A. Cooper aurait-il tenu pareil langage s'il eût su que ces deux affections, si différentes, tiennent à la même cause, et dépendent de modifications de formes très-souvent insignifiantes, de telle sorte que, *quand un homme âgé a de la peine à retenir ses urines et se trouve forcé de les laisser écouler aussitôt que le premier besoin s'en fait sentir, on doit craindre très-fort de voir tôt ou tard cet homme dans l'impossibilité de les rendre.*

Quand la maladie en est venue à ce point, très-souvent il arrive que la vessie se laisse distendre de plus en plus, et elle se romprait plutôt que de laisser écouler spontanément quelques gouttes de liquide; mais telle n'est pas toujours la marche de cette affection. Dans beaucoup de cas, lorsque la vessie est arrivée à un certain degré de distension, on voit l'urine s'écouler goutte à goutte et continuellement, sans que dorénavant le réservoir qui la contient augmente ou diminue d'une manière sensible; en un mot il y a *regorgement*. Voici l'explication de ces différences : quand la vessie est très-distendue, chacun des points du pourtour de son col se trouvent tirés en sens contraires et tendent à s'éloigner les uns des autres. Je suppose donc que la partie moyenne de la prostate n'ait acquis en volume que précisément ce qu'il faut pour oblitérer l'orifice urétral; n'est-il pas clair que, si cette proéminence est tirée en arrière, alors le col, en partie dégagé, donnera passage au liquide? Mais il n'est pas moins évident aussi que, du moment que ce liquide se sera écoulé en suffisante quantité pour que la saillie morbide soit revenue à sa première place, l'écoulement cessera pour reparaître aussitôt que la quantité d'urine accumulée aura tant soit peu augmenté. Mais il n'en sera plus de même quand l'hypertrophie sera assez considérable pour que le faible déplacement susceptible de se produire dans ces circonstances ne suffise pas pour désobstruer le col. Aussi la rétention d'urine est-elle presque toujours complète, quand elle a été amenée par des tumeurs volumi-

Digitized by Google

neuses, développées sur la portion transversale de la prostate.

Il serait difficile de réduire ce que je viens de dire à des propositions générales, sans s'exposer à voir surgir de nombreuses exceptions. Cependant s'il est bon de résumer en peu de mots la substance de ce travail, je dirai :

1° Sauf les cas où il y a maladie du cerveau ou de la moelle épinière, ou bien prostration générale de toute l'économie, l'incontinence et la rétention d'urine des vieillards dépendent presque exclusivement d'une hypertrophie de la prostate : c'est pour cela qu'on les voit si souvent succéder l'une à l'autre.

2° Plus cette hypertrophie envahira la glande d'une manière égale et régulière dans toutes ses parties, plus il y aura disposition à l'incontinence d'urine.

3° Plus, au contraire, l'hypertrophie sera partielle ou irrégulière, plus la rétention d'urine sera imminente.

4° C'est dans les cas intermédiaires aux deux catégories précédentes qu'on voit le plus souvent se produire le regorgement.

J'ai la ferme espérance, messieurs, que cette étude ne sera pas stérile pour la pratique. Je publierai incessamment un travail sur une manière certaine de reconnaître, pendant la vie, je ne dis pas seulement l'existence, mais encore le siége, le volume, la forme de ces développements pathologiques, qui sont la source de tant d'infirmités.

Bientôt aussi j'aurai l'honneur de présenter à l'Académie de nouvelles méthodes thérapeutiques, applicables aux différentes phases de la maladie.

Gazette Médicale. — Mai 1840.

Expériences cliniques sur le sulfate de cuivre étudié comme agent vomitif; par A. Toulmouche, docteur-médecin, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc., et professeur à l'école secondaire de médecine de Rennes.

La médecine pratique s'étant de tout temps appuyée sur un empirisme raisonné, le principal moyen de contribuer à ses progrès doit donc consister à essayer les agents thérapeutiques, à multiplier les essais cliniques, à noter les phénomènes qui surviennent après leur emploi, et enfin à rapprocher tous les faits sur un même point de thérapeutique, pour s'élever à des considérations générales et d'application.

S'il n'est pas donné aux hommes les plus éclairés de faire des découvertes, au moins est-il en leur pouvoir de chercher à utiliser leurs observations, à les coordonner et à en tirer des conséquences utiles pour la pratique et propres à rendre plus positifs les préceptes de leur art.

C'est ce que j'ai eu l'intention de faire pour le sulfate de cuivre, relativement à l'appréciation des doses auxquelles on peut l'administrer avec plus de sûreté pour remplir la médication vomitive.

Si j'ai tenu à éclairer ce point clinique, c'est que j'avais reconnu toute l'incertitude qui régnait à cet égard dans les divers traités de matière médicale. On s'en convaincra par la lecture de l'analyse rapide que je vais présenter de tout ce qui a été écrit sur cette substance minérale, considérée comme agent vomitif. Après cette revue, je relaterai les résultats des épreuves cliniques auxquelles je l'ai soumise; puis j'en présenterai le tableau ; ensuite je citerai deux ou trois expériences dans chaque section relative aux doses, et enfin je terminerai par des conclusions pratiques.

1° Geoffroy, dans son *Traité de matière médicale*, à l'article *Cuivre*, parle assez longtemps de ce métal et de son sulfure, mais il ne connaissait pas son sulfate.

2° Desbois (de Rochefort), dans son *Cours élémentaire*, ne se préoccupe du sulfate de cuivre que comme d'un caustique employé à l'extérieur et produisant intérieurement l'empoisonnement, et ensuite des moyens de combattre ce dernier; mais il n'en traite point comme vomitif.

On peut faire la même observation par rapport à une seconde édition de cet ouvrage publiée en 1817 par M. Lullier-Winslow.

3° Cullen, dans son *Traité de matière médicale*, ne dit rien, à l'article *Vomitif*, du sulfate de cuivre.

4° Dans celui de Schwilgué, troisième édition, publié par Nysten, en 1818, il n'est parlé de ce sel que sous le rapport de sa composition chimique.

5° Alibert, dans son ouvrage sur la thérapeutique et la matière médicale, fait l'histoire naturelle du cuivre, décrit ses propriétés physiques et chimiques, l'espèce d'empoisonnement qui résulte de l'administration de ses oxides; cite pour son action médicale le sel ammoniacal cuivreux, mais ne parle aucunement du sulfate de cuivre comme vomitif.

6° M. Barbier, dans son *Traité de matière médicale*, n'a écrit que sur le sulfate ammoniacal et l'acétate de cuivre.

7° Dans le premier dictionnaire de médecine, publié en 1813, M. Guersant, à l'article *Cuivre*, ne dit rien des propriétés thérapeutiques de son sulfate. Il rappelle seulement que les médecins du siècle dernier le donnaient comme vomitif, mais il n'indique point à quelle dose; tandis qu'Alston, Hannmann, Hoffmann, le prescrivaient à celle d'à peu près 5 centig. par 31 gr. 25 centig. d'eau; et

en Angleterre, le docteur Simmons, à celle de plusieurs centig. Mais combien? et Thomas Maryat, à celle de 10 centig., associés à 10 autres de tartrite antimonié de potasse. Mais alors, c'est indubitablement ce denier agent qui provoque les vomissements, comme le prouveront les expériences auxquelles j'ai soumis ce sel cuivreux.

8° Dans le second en vingt et un volumes, publié en 1828, M. Orfila, à l'article *Cuivre*, après avoir à peu près répété celui du premier, dit qu'il ne croit pas qu'on doive se servir du sulfate de cuivre comme vomitif, parce qu'*il est extrêmement vénéneux, même lorsqu'il est expulsé en grande partie par le vomissement*. On verra par les épreuves cliniques auxquelles j'ai soumis ce sel, qu'il y a quelque exagération dans cette assertion, au moins par rapport à l'homme. Il n'a indiqué les doses de cet agent thérapeutique que comme tonique, à 13 milligr. ou à 26 milligr. qu'on peut augmenter, dit-il, graduellement, tant qu'on ne détermine pas d'évacuations par le haut.

Le même auteur, dans son *Traité des poisons*, publié en 1818, parle bien de la composition chimique du sulfate de cuivre, cite trois expériences faites par lui sur des chiens, sur lesquels il l'appliquait extérieurement à la surface de plaies, spécifie les réactifs à l'aide desquels on pourrait le reconnaître dans le cas d'empoisonnement, mais nullement à quelles doses il agit comme vomitif, excepté à l'article *Poisons narcotiques*, du même ouvrage, où il désigne celle de 15 à 20 centig., ajoutant qu'à plus forte il pourrait occasionner la mort, en déterminant l'inflammation de quelque portion du canal intestinal, comme il l'a observé dans plusieurs expériences. Ici, encore, il ne l'a sans doute pas essayé sur l'homme; car les miennes prouvent qu'on peut doubler impunément cette dose.

Enfin, dans ses *Eléments de chimie*, publiés en 1828, il ne précise aucunement à quelle dose le sulfate de cuivre a été prescrit, comme agent vomitif, dans les empoisonnements par l'opium.

9° Henry, dans sa *Pharmacie raisonnée*, n'a traité du sel cuivreux que sous le rapport de la composition chimique.

10° Dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publié en 1830, par M. Ratier, à l'article *Cuivre* (propriétés thérapeutiques), dit que l'usage interne de son sulfate est presqu'abandonné, l'habitude ayant consacré l'émétique et l'ipécacuanha comme vomitifs ordinaires, excepté quand ils se montrent infidèles; mais il n'indique nullement à quelle dose il faudrait alors la donner.

11° Enfin, MM. Mérat et Delens, dans leur *Dictionnaire de matière médicale*, après avoir décrit à l'article *Cuivre*, ce sulfate, sa composition chimique, les dangers de son adjonction à la fabrication du pain, son emploi comme vomitif à cinq ou dix centig, et quelquefois davantage, par les médecins anglais, depuis le siècle dernier, disent qu'il vaut mieux forcer un peu la dose, mais n'en précisent point la quotité : c'est donc laisser le même vague qu'on retrouve dans tous les écrits de pharmacologues.

Voici le résultat des expériences cliniques auxquelles j'ai soumis ce sel pour tâcher de le dissiper.

A la dose de 10 centigr., je l'ai administré à 12 femmes; il a déterminé onze fois des vomissements : cinq fois, au nombre d'un seul et sans présence de bile; trois autres, au nombre de trois, et deux à celui de quatre. Il n'a produit que quatre fois deux à trois selles liquides.

A 20 centigr., donné à 36 femmes, il a provoqué 32 fois, ou dans la presque totalité des cas, des vomissements, dont la moyenne a été de trois à quatre; et 32 fois des selles, au nombre d'une à trois. Son effet vomitif à cette dose l'emporterait donc de beaucoup sur celui laxatif.

Les sujets sur lesquels j'expérimentai avaient presque tous eu la grippe.

Prescrit à la même dose à cinq hommes, il suscita chez tous des vomissements au nombre de huit, et chez quatre des évacuations alvines légères. Ainsi, pour les deux sexes, dans 41 cas, il agit 35 fois, ou presque constamment comme vomitif, et dans 27 comme léger purgatif.

A 30 centigr., administré à 8 femmes, il fit vomir dans tous les cas, et la moyenne des vomissements fut de trois. Il ne provoqua des selles liquides, au nombre de deux ou trois, que six fois, ou dans les trois quarts des cas.

A 40 centigr., il fut donné à 8 femmes, presque toutes atteintes d'embarras gastrique; il détermina chez toutes de trois à quatre vomissements, et chez quatre, ou dans la moitié des cas, des évacuations alvines dont la moyenne fut de quatre.

Prescrit à la même dose à 2 hommes, il ne fit vomir que l'un d'eux, et chez l'autre il ne produisit aucun effet : ainsi donc, pour les deux sexes, dans 10 cas, il provoqua neuf fois des vomissements, et cinq fois, ou dans la moitié, des évacuations alvines.

Enfin, le même sel fut donné une fois, à la dose de 60 centigr., à une femme, mais sans résultats. Devrait-on en inférer qu'à cette dose, ou à toute autre plus élevée, il aurait eu, dans d'autres expériences, la même innocuité et le même effet négatif? Je n'ose décider la chose : la prudence et mes devoirs s'étant opposés à ce que je portasse plus loin les quantités de cette substance, sur laquelle je n'expérimentais, d'ailleurs, que dans le but de constater à laquelle d'entre elles, on pouvait remplir, avec le plus de certitude, la médication vomitive.

Digitized by Google

Le tableau suivant indiquera le résultat de chaque expérience, en tenant compte du sexe, de l'âge, de la nature de la maladie, et des doses du sulfate de cuivre.

FEMMES.

Age.	Nature de la maladie.	Doses.	Vomiss.	Selles.
		Centigr.		
23	Nulle maladie	10	0	3, coliques.
35	Idem.	10	1	0
30	Embarras gastrique.	10	1	0, coliques.
29	Idem	10	3	0, coliques.
48	Idem	10	1	0, coliques.
29	Idem	10	4	0
19	Idem	10	1	0
40	Nulle maladie	10	2	0
34	Embarras gastrique	10	4	2
47	Nulle maladie	10	1	1
41	Bronchite.	10	3	0
43	Embarras gastrique	10	3	2
52	Grippe	20	6	1
23	Idem.	20	6	1
27	Idem.	20	5	3
27	Idem.	20	4	1, coliques.
24	Idem.	20	1	1, coliques.
24	Idem.	20	5	0, coliques.
30	Idem.	20	4	3, coliques.
24	Idem.	20	2	1
26	Idem.	20	2	0, coliques.
26	Idem.	20	5	1
50	Idem.	20	4	3, coliques.
36	Grippe.	20	1	0
34	Idem et aphonie.	20	3	1
31	Grippe	20	2	0
24	Idem.	20	4	2, coliques.
58	Idem.	20	3	4, coliques.
60	Bronch. chron. et emphys.	20	2	0
40	Grippe	20	0	10, le lend. 9 autr.
40	Idem.	20	0	0, coliques.
31	Idem.	20	0	0
27	Idem.	20	4	0, coliques.
23	Idem.	20	3	1
26	Idem.	20	3	6
17	Idem.	20	1	3, coliques.
35	Idem.	20	3	0
40	Idem.	20	1	0
38	Idem	20	3	5, coliques.
46	Idem.	20	1	3, coliques.
36	Idem.	20	1	0
17	Idem.	20	0	3, coliques.
22	Idem.	20	1	1
27	Idem.	20	3	3, coliques.
29	Idem	20	1	0
54	Idem.	20	8	1
50	Embarras gastrique.	20	1	5
23	Idem.	20	1	0

FEMMES.

Age.	Nature de la maladie.	Doses.	Vomiss.	Selles.
		Centigr.		
40	Grippe	30	4	2
35	Idem.	30	3	3, coliques.
50	Idem.	30	7	6
29	Idem.	30	3	3, coliques.
30	Embarras gastrique.	30	3	0
19	Idem.	30	3	3
18	Idem.	30	1	0
23	Idem.	30	3	1
37	Embarras gastrique.	40	5	0
29	Idem.	40	4	0
24	Idem.	40	2	1
26	Idem.	40	4	4, coliques.
45	Idem.	40	5	9, coliques.
46	Idem.	40	3	0
24	Fièvre tierce.	40	4	4, coliques.
37	Embarras gastrique.	40	1	0
37	Embarras gastrique.	60	0	0

HOMMES.

Age.	Nature de la maladie.	Doses.	Vomiss.	Selles.
26	Grippe	20	1	2
37	Idem.	20	8	2
28	Idem.	20	10	0
37	Idem.	20	8	2
31	Idem.	20	8	1, coliques.
37	Embarras gastrique.	40	4	1
31	Idem.	40	0	0

Première section. — *Exp.* I. — Passagel, femme âgée de 29 ans, ayant un embarras gastrique, prit à la fois 10 centig. de sulfate de cuivre. Immédiatement après, elle eut quatre forts vomissements d'un liquide amer verdâtre, accompagnés de coliques assez intenses, mais sans évacuations alvines.

Exp. II. — Lamouroux, âgée de 30 ans, atteinte d'embarras gastrique, avala 10 centig. du même sel. Deux minutes après, elle vomit le remède qui ne produisit aucun autre effet; elle eut seulement des coliques.

Exp. III. — Audri, âgée de 23 ans, d'une forte constitution, but une dissolution de 10 centigr. de sulfate de cuivre; elle n'en éprouva aucun vomissement; mais elle eut trois selles liquides accompagnées de légères coliques.

Deuxième section. — *Exp.* IV. — Guillerie, homme âgé de 37 ans, ayant la grippe, prit le matin à jeun, dans une once d'eau distillée, 20 centig. du sel cuivreux. Une demi-heure après il eut huit vomissements d'un liquide jaune, bilieux et deux

Digitized by Google

selles. Le lendemain, il n'existait aucune douleur à l'épigastre.

Exp. V. — Legoff, fille âgée de 23 ans, affectée de grippe, s'administra de la même manière 20 centigr. de sulfate de cuivre. Une demi-heure après, elle eut six vomissements abondants d'un liquide amer verdâtre, une évacuation alvine et des coliques.

Exp. VI. — Ledellec, âgée de 24 ans, ayant la même affection morbide, avala en une dose 20 centigr. de ce même sel. Une demi-heure après, elle eut cinq vomissements bilieux, mais ni selles ni coliques.

TROISIÈME SECTION. — *Exp.* VII. — Bais, âgée de 40 ans, ayant aussi la grippe, prit à la fois 30 centig. de sulfate de cuivre. Un quart d'heure après, elle vomit quatre fois des matières liquides, jaunes, amères, suivies de trois déjections alvines sans coliques.

Exp. VIII. — Moris, femme de 30 ans, avala 30 centigr. du même sel. Un quart d'heure après, elle eut sept vomissements très-abondants, verdâtres, amers, suivis de six selles liquides sans coliques. Elle n'eut le lendemain aucun mal d'estomac, seulement la langue était encore un peu chargée.

Exp. IX. — Hervé, femme de 37 ans, atteinte d'embarras gastrique, but en une fois une dissolution de 30 centigr. de sulfate de cuivre, dans une once d'eau distillée. Une demi-heure après, elle eut successivement cinq vomissements abondants d'un liquide vert bilieux, et nulles selles. Le lendemain, il n'y avait aucune douleur à l'épigastre, et la langue était moins saburrale.

QUATRIÈME SECTION. — *Exp.* X. — Chapelain, fille de 26 ans, ayant un embarras gastrique, prit à jeun et en une seule dose 40 centigr. du même sel. Un demi quart d'heure après, elle vomit quatre fois abondamment une matière jaune amère, évidemment bilieuse, et elle eut en outre quatre selles liquides, accompagnées de légères coliques. Le lendemain, elle était parfaitement bien.

Exp. XI. — Goulu, femme de 45 ans, admise à l'infirmerie pour la même maladie que la précédente, mais accompagnée d'une légère irritation intestinale, s'administra à jeun, en une dose, 40 centigr. de sulfate de cuivre. Un quart d'heure après, elle eut quatre vomissements abondants d'un liquide ayant une légère coloration jaune et une saveur amère. Pendant la journée et la nuit, elle eut huit à neuf évacuations alvines avec coliques. Le lendemain, elle se plaignait d'être très-faible, mais elle n'éprouvait ni mal à l'estomac, ni coliques; seulement la diarrhée qu'elle avait avant continuait, mais cessa au bout de deux jours.

Exp. XII. — Mauris, jeune fille de 24 ans, ayant une fièvre tierce, mais ayant caché qu'elle fût dans ses règles, prit 40 centig. de sel cuivreux. Un quart d'heure après, elle eut quatre forts vomissements jaunes, amers, suivis de quatre selles liquides, accompagnées de légères coliques. L'accès de fièvre ne fut pas coupé et l'écoulement menstruel nullement supprimé. Il continua.

CINQUIÈME SECTION. — *Exp.* XIII. — Geslin, âgée de 37 ans, qui était atteinte d'embarras gastrique, avala en une dose 60 centigr. de sulfate de cuivre, et n'en éprouva rien. Quelques jours après, 40 centigr. seulement la firent vomir une fois au bout d'un quart d'heure et ne provoquèrent aucune évacuation alvine.

J'ajouterai, qu'en faisant le relevé général des expériences faites, il n'y eut sur 72 de celles-ci, que 23 fois des coliques, ou dans beaucoup moins de la moitié des cas où le remède avait déterminé la médication purgative, et encore le plus souvent furent-elles légères et de courte durée.

Des expériences ci-dessus, je me crois en droit de conclure :

1° Qu'à 10 centig., le sulfate de cuivre produit constamment l'effet vomitif (11 fois sur 12); mais que le nombre des vomissements est peu considérable, puisqu'il n'est que d'un à trois ;

2° Qu'à 20, il est un vomitif sûr et dont l'action est constante, puisqu'il n'a manqué son effet que 4 fois sur 37 ;

3° Qu'à la dose de 30 et de 40 centig., il est encore plus sûr que le tartre stibié, puisqu'il n'a pas failli une seule fois, soit chez l'homme, soit chez la femme ;

4° Qu'il n'est pas plus dangereux à administrer à ces doses que le sel antimonial, et que par conséquent il y a beaucoup d'exagération chez la plupart, et même chez tous les auteurs de traités de matière médicale ;

5° Qu'enfin on ne pourrait compter sur son action purgative d'une manière aussi certaine, ni la produire isolément, c'est-à-dire, sans être précédée de l'action vomitive, que dans un peu moins du tiers des cas, et que ce sel provoque des coliques, en général légères ou seulement parfois plus intenses, en sorte qu'il n'irriterait la muqueuse intestinale que d'une manière assez faible.

GAZETTE MÉDICALE. — Mai 1840.

Note sur l'emploi des vomitifs dans le traitement de la pleurodynie; par MAX. SIMON.

A mesure que la thérapeutique s'affranchira davantage du joug que l'anatomisme et le physiologisme tendent à faire peser sur elle, en l'immo-

Digitized by Google

blisant, la pratique élargissant le cercle de son expérience, doit arriver à des résultats importants. Les bons esprits l'ont compris, toute la science ne saurait tenir sur une base aussi étroite. Tout en faisant état, et tout en s'éclairant des lumières que ces deux idées nouvelles ont jetées sur les faits, on est généralement persuadé aujourd'hui que ce serait renfermer la thérapeutique dans une véritable impasse, que de s'arrêter à ce principe erroné ; savoir : que la science doit demander tous ses enseignements à ces deux théories : non, la thérapeutique ne saurait dériver toute de là; avant que l'anatomie pathologique n'eût fait connaître l'élément morbide nouveau qu'elle constate, avant que la théorie de l'irritation n'eût rallié autour de son idée fondamentale un certain nombre de faits importants, et qui, certes, doivent occuper une place distinguée dans une énumération scientifique complète; avant la venue au monde de ces deux idées, disons-nous, il y avait une thérapeutique; cela est si vrai que, malgré nos prétentions exorbitantes, nous n'avons fait à cet égard que varier les applications, et pas toujours heureusement, des données de la science antique : or, cette thérapeutique, dont nous profitons encore tous, à l'heure qu'il est, ne s'est point installée tout entière avec la brutalité de l'empirisme dans la science; elle y est entrée au nom de quelques idées, de quelques méthodes, dont nous pouvons bien nous moquer, si nous voulons aujourd'hui, mais auxquelles il faut bien pourtant finir par accorder quelque attention, puisqu'en somme, c'est par elles qu'a été édifié le côté pratique de la médecine. Ainsi, de quelque manière qu'on envisage les deux grandes théories modernes, soit qu'on les mette au contact des faits, soit qu'on considère d'un point de vue plus général, on arrive forcément à cette conclusion, qu'elles ne sauraient dominer toute la science, et que hors de la ligne qu'elles tracent, il y a des idées, il y a des méthodes, il y a des faits, immensément de faits, des données thérapeutiques importantes par conséquent.

Depuis longtemps déjà les idées que nous venons d'exprimer étaient admises spéculativement au moins, mais la plupart des praticiens étaient loin encore de se laisser guider par elles dans les applications de leur art. Aujourd'hui il est évident pour tout le monde que la réaction passe de l'idée dans la pratique : cela est surtout évident pour un ordre de moyens qui composent une médication importante, et qui ont occupé dans tous les temps une si large place dans la thérapeutique, nous voulons parler de la médication évacuante. C'est sur une application utile de cette médication que nous voulons aujourd'hui appeler l'attention des observateurs, l'emploi des vomitifs dans la pleurodynie. Nous ne sachions pas qu'aucun auteur ait signalé l'application directe de cet ordre de moyens à cette maladie, mais en lisant avec attention la médecine pratique de Stoll, il est difficile de méconnaître un certain nombre de pleurodynies pures et simples, comprises sous la dénomination de pleurésie bilieuse ou rhumatismale, et auxquelles il oppose avec le plus incontestable succès la médication vomitive. A ceux qui seraient encore sous la fascination de la parole passionnée de M. Broussais, et à ceux qui en seraient encore aux scrupules de l'école anatomique, et qui ne recourent qu'en tremblant à ces moyens si puissants de modifier l'organisme dans les maladies, nous conseillons de lire avec attention l'ouvrage que nous venons de citer. Qu'après cette lecture, ils admettent ou rejettent les idées théoriques de Stoll, la résorption des matières bilieuses saburrales amassées anormalement dans le ventricule, puis l'influence exercée sur les divers appareils par cette intoxication spontanée, nous n'avons point à nous occuper de cette question pour le moment; mais au-dessous de cette théorie, de cette interprétation vraie ou fausse, il y a des faits nombreux, importants, qui déposent hautement en faveur d'une médication que pendant si longtemps nous avons vu à peu près complétement prescrite; ce sont ces faits qui rendent un témoignage contre lequel une idée, de quelque large front qu'elle descende, ne saurait prévaloir; ce sont ces faits qu'il faut sérieusement méditer, si l'on veut sortir du cercle étroit de la thérapeutique instituée par le physiologisme, et réapprendre à manier avec succès tout un ordre de moyens si puissants. Mais revenons; nous avons dit que Stoll, au milieu des nombreuses applications qu'il fit des vomitifs, avait mis plus d'une fois en usage ces moyens contre la pleurodynie elle-même, compliquée alors d'un état saburral des premières voies, et contre lequel il dirigeait spécialement ces moyens : ce sont ces faits qui nous ont engagé à tenter quelques expériences à cet égard, dont nous voulons consigner ici les résultats.

Toutefois avant de rapporter quelques-unes des observations dans lesquelles l'efficacité du moyen que nous proposons nous a été démontrée, il ne sera peut-être pas inutile d'indiquer rapidement les caractères propres de la pleurodynie. Le diagnostic différentiel de cette maladie est dans quelques cas d'une très-grande difficulté; M. le professeur Andral, dans sa clinique, va jusqu'à déclarer que les différents signes sur lesquels s'appuie ce diagnostic semblent plutôt annoncer que la douleur a son siége dans les muscles, mais qu'ils ne peuvent en donner une entière certitude (1). Il est certain que dans un

(1) Clinique médicale, t. IV.

Digitized by Google

très-grand nombre de cas les choses ne sont point aussi tranchées qu'on le dit dans plus d'un ouvrage classique, que nous pourrions citer. Ainsi, nous lisons dans un de ces livres, qu'inversement à ce qui se passe dans la pneumonie, ou pleurésie, le son est ce qu'il doit être, le bruit respiratoire est parfaitement normal dans la pleurodynie : nous croyons que celui qui attribuerait à ces signes une valeur aussi absolue que celle qu'on leur prête ici, courrait risque de se tromper souvent. Quand les muscles qui recouvrent les parois thoraciques sont le siége d'une douleur un peu intense, l'ampliation de la poitrine se fait d'une manière beaucoup moins complète du côté malade que du côté sain, et il résulte nécessairement de cette circonstance une diminution de la sonorité normale, et surtout une diminution bien marquée dans l'intensité avec laquelle le murmure respiratoire se traduit à l'oreille de l'observateur : en d'autres termes, il y a un bon nombre de pneumonies commençantes dont les symptômes locaux ne diffèrent en rien de ceux que nous venons d'indiquer : à plus forte raison ces signes sont-ils insuffisants pour différencier de la pleurodynie, une pleurésie sèche ou ne s'accompagnant que d'un très-médiocre épanchement. La concomitance d'un mouvement fébrile avec la douleur thoracique ne signifie pas non plus nécessairement une phlegmasie de la plèvre ou du parenchyme pulmonaire : car une simple pleurodynie peut s'accompagner également d'une violente réaction fébrile. Le caractère le plus certain du point de côté rhumatoïde se tire du mode même de son développement : tandis que la douleur pleurétique se développe d'ordinaire lentement et n'arrive que graduellement à son maximum d'intensité, la douleur pleurodynique, au contraire, éclate brusquement, et ce qui la distingue surtout, c'est que souvent c'est un mouvement étendu du bras ou du tronc, ou bien une contraction rapide, spasmodique des muscles thoraciques ou diaphragmatique, comme le baillement ou l'éternuement, qui la provoque. Du reste, si le caractère essentiellement rhumatismal de la pleurodynie pouvait être contesté, cela ne serait point facile d'après ce qui précède : qui ne sait, en effet, que c'est là le mode de développement de ces sortes de douleurs musculaires, en quelque lieu qu'on les observe, au col, aux lombes, etc. ? Si nous ajoutons qu'outre ce mode particulier de développement, la douleur pleurodynique augmente sensiblement sous la pression, sous l'influence du mouvement de flexion du tronc ou d'extension des bras, nous aurons indiqué les seuls caractères propres à assurer la précision du diagnostic, autant que celle-ci peut-être atteinte dans les cas difficiles où l'on voit les observateurs les plus habiles hésiter.

Ces quelques remarques faites sur un des points pratiques les plus importants de la pleurodynie, exposons maintenant, d'une manière rapide, quelques faits qui montrent l'efficacité des vomitifs dans cette maladie. Le premier cas que nous ayons eu occasion d'observer est relatif à un jeune homme âgé de dix-huit ans, qui, sans cause à lui connue, fut pris tout à coup d'une violente douleur occupant toute la partie antérieure de la poitrine du côté gauche ; en même temps que cette douleur existait, il y avait perte complète d'appétit, dégoût pour la pipe, dont le malade use très-fréquemment, et sentiment de courbature générale : le pouls est fréquent, la peau est chaude, d'une sécheresse âcre. La poitrine percutée résonne bien dans tous ses points ; consultée avec la plus grande attention, à peine si nous pouvons entendre du côté gauche le murmure respiratoire, qui du côté droit, au contraire, remplit l'oreille d'un murmure moelleux, nombreux, parfaitement normal. Point de toux, expectoration nulle. En observant avec attention les mouvements alternatifs d'ampliation et d'affaissement de la poitrine, on voit évidemment que le côté malade se dilate moins complétement que le côté opposé. Lorsque je vis le malade, la douleur existait déjà depuis deux jours environ ; un vésicatoire avait été prescrit et appliqué loco dolenti, mais sans aucune espèce d'amendement. La prescription fut la suivante ; trente grains d'ipécacuanha en deux paquets, à prendre à demi-heure de distance. Des vomissements abondants suivirent l'administration de ce moyen : d'abord ceux-ci furent extrêmement pénibles, parce que X... luttait contre l'action synergique, en vertu de laquelle les muscles de la poitrine s'associent au mouvement convulsif des muscles abdominaux, dans l'acte du vomissement, et qu'il essayait de neutraliser cet instinct synergique, afin de diminuer d'autant la douleur incessamment augmentée par la contraction forcée des muscles qui en sont le siége. Toutefois, après que les vomissements se furent répétés un certain nombre de fois, il parut au malade que dans l'intervalle de ceux-ci la poitrine se dilatait plus facilement et moins douloureusement dans le simple jeu de sa fonction normale : puis des efforts de vomissements survenant de nouveau, les douleurs reparaissaient avec leur intensité première. La journée entière se passa ainsi avec quelques efforts de vomissement continuant à se reproduire et réveillant chaque fois la douleur comme assoupie : cependant le sommeil vint, fut complet, s'accompagna d'une sueur abondante, et le lendemain, quand je revis le malade, toute douleur avait disparu, et avec elle la plupart des symptômes que nous avons vus plus haut l'accompagner ; X... ne se plaignit ce jour-là que d'un sentiment de faiblesse qu'il attribuait aux sueurs abondantes qu'il avait eues la nuit, et à la diète qu'il gardait depuis trois

Digitized by Google

jours. Ce malade nous resta sous les yeux quelque temps, encore, et nous pûmes nous assurer que la douleur ne reparut ni dans le plan musculaire de la poitrine, ni ailleurs.

Nous ferons, à propos de cette observation, une simple remarque : nous n'avons point voulu dissimuler l'accroissement instantané que subit la douleur pleurodynique dans le cas qui précède à chaque effort de vomissement ; c'est parce que nous avons voulu, au contraire, bien mettre en lumière cette circonstance, que nous avons rapporté avec quelques détails cette observation. Nous le dirons même ici d'une manière générale, dans tous les cas où nous avons pu suivre avec attention les résultats immédiats de cette médication, nous avons toujours noté cette exaspération momentanée de la douleur ; cependant le plus ordinairement cette exaspération n'atteint point le degré auquel nous l'avons vue arriver dans le cas ci-dessus. Nous croyons qu'ici la plaie vive qu'avait produite l'application toute récente d'un vésicatoire, y a contribué pour une bonne part. Une autre circonstance de cette observation qui appelle aussi une courte réflexion, c'est ce que nous avons dit de l'inégale dilatation des deux côtés de la poitrine : à qui n'aurait point eu occasion de faire cette remarque, ceci pourrait paraître paradoxal ; pour ne point entrer à cet égard dans de plus grands développements, nous nous bornerons à observer que dans l'état physiologique un bon nombre d'individus jouissent de la faculté de dilater ainsi inégalement les deux côtés de la poitrine, en d'autres mots d'admettre une inégale quantité d'air dans les deux poumons. C'est là, du reste, une expérience qui pour être faite ne demande point grands préparatifs : il suffit, pour constater le résultat, de s'écouter respirer.

Dans un autre cas que nous allons également esquisser rapidement, la douleur qui d'ailleurs, comme dans le précédent, s'était brusquement développée, avait frappé à la fois les deux côtés de la poitrine; voici ce cas : Le malade âgé de vingt-quatre ans, exerçant une profession qui l'expose souvent à l'influence de l'humidité, a souvent été atteint de douleurs sans caractère bien tranché dans la continuité des membres. Il était mal portant depuis quelques jours déjà, lorsqu'un jour, marchant sur un terrain glissant, il faillit tomber ; pour prévenir cette chute, il fit un violent effort, dans lequel presque tous les muscles entrèrent en soudaine et énergique contraction. Au même instant et avec la rapidité de l'éclair, nous dit le malade, il sentit les deux côtés de la poitrine immobilisés en quelque sorte par la plus poignante douleur. Dans les premiers moments, il y eut une véritable dyspnée, puis peu à peu la douleur perdant un peu de son intensité première, la respiration devint plus facile. Dès le lendemain nous vîmes le malade, qui nous raconta les détails qui précèdent et qui nous présenta l'état suivant : persistance de la douleur des deux côtés de la poitrine, et occupant une plus grande étendue que celle qu'affectent ordinairement les douleurs pleurétiques ; respiration faible dans tous les points où l'oreille est appliquée, mais normale ; rien du reste du côté du système nerveux, du tube digestif, pouls lent, apyrexie complète; deux grains d'émétique sont présentés dans quatre onces d'eau aromatisée ; cette solution est prise à doses vomitives. Ce n'est que le lendemain que nous revoyons le malade; il nous rend parfaitement compte de son état; toute la solution a été prise; il a fait vingt ou trente fois de violents efforts pour vomir ; d'abord il ne rendit guère que l'eau de tilleul qu'il prenait, plus tard une bile verte assez abondante se mêla au liquide ingéré. D'abord, aussi, chaque effort de vomissement s'accompagna d'une exaspération marquée dans les douleurs pleurodyniques ; mais bientôt la douleur ne fut guère plus vive dans ces moments critiques que dans les intervalles de repos. Enfin, avant la nuit, le malade ne ressentait plus qu'un léger endolorissement, une sorte de courbature des muscles thoraciques, et le lendemain il reprit ses occupations habituelles.

La manière dont nous voyons ici la double douleur thoracique se développer, pourrait être donnée pour le type du mode de développement du rhumatisme musculaire. Ce cas, sous ce rapport, mérite d'être rapproché de celui que citait chaque année, dans sa clinique, le professeur Dupuytren, d'un individu qui, le pied sur le marche-pied de son cabriolet, retourne brusquement la tête pour répondre à une question qui lui est adressée, et au même moment, est pris d'une violente douleur dans la région cervicale gauche, qui fixe la tête dans cette position; quelques médecins purent voir là une luxation de l'une des vertèbres cervicales ; pourtant heureusement la nature de la maladie finit par être reconnue. Quelques élèves de Broussais, plus broussaisiens que lui-même ont voulu faire du rhumatisme musculaire une inflammation, qu'ils ont baptisée d'un fort beau nom, ma foi, myosite, qui devient myositis, quand dans les grandes circonstances l'on veut donner une petite teinte romaine à la science ; nous croyons qu'il serait fort difficile de concilier cette théorie avec la rapidité de développement que nous offre la maladie dans ce cas, que nous venons de rapporter.

Une circonstance qui tend à rendre le diagnostic de la pleurodynie beaucoup plus difficile que nous ne l'avons vu jusqu'ici, c'est la coexistence d'une bronchite avec le point de côté rhumatismal. En pareil cas, il est quelquefois besoin de l'attention la plus soutenue, pour ne point prendre une maladie

ordinairement assez légère pour une maladie beaucoup plus grave, et dans laquelle on doit toujours, quoi qu'on en dise, porter un pronostic sérieux. Le cas suivant va nous montrer un exemple de cette complication. Joseph Petit, palefrenier, âgé de quarante et un ans, était atteint depuis sept ou huit jours d'un rhume intense, pour lequel, cependant, il n'avait pas encore interrompu ses occupations, quand il fut pris, au milieu de son travail, d'une violente douleur occupant la presque totalité de la partie latérale du côté droit de la poitrine : cet homme ayant eu déjà, à ce qu'il paraît, plusieurs fluxions de poitrine, et qui lui semblent avoir débuté de la même manière, ne met point un instant en doute que c'est une maladie semblable qui se développe de nouveau chez lui. Nous-même, d'après cet ensemble de circonstances, et avant tout examen, eûmes la même opinion : un examen attentif, toutefois, nous ramena bientôt à un pronostic moins grave. La poitrine auscultée dans tous les points, nous fait entendre partout un bruit respiratoire parfaitement pur; et bien que le malade tousse assez fréquemment et se plaigne de dyspnée, nous n'entendons nulle part le plus léger râle. Le pouls fréquent est petit et s'efface sous la moindre pression du doigt; la peau n'a que la chaleur de l'état physiologique : du côté du tube digestif, langue blanche, sans rougeur, bouche pâteuse, anorexie complète, point de garde-robe depuis deux jours. — Prescription : deux grains d'émétique dans deux demi-verres d'eau tiède et à une heure d'intervalle. De sept heures du matin à midi, le malade vomit sept ou huit fois; les premiers vomissements ont lieu avec de violents efforts, qui, comme dans les cas qui précèdent, accroissent d'une manière marquée le point de côté. L'effet du médicament épuisé, le malade repose, et se réveille au milieu d'une sueur assez abondante. La nuit se passe encore sans sommeil, et pourtant toute douleur a complétement disparu. Petit est maintenu à la diète tout le jour; cette seconde nuit est plus calme, le malade a sué de nouveau, et en même temps que toute douleur a disparu, la toux a cessé à peu près complétement.

Nous avons dit que, quand le rhumatisme pleurodynique se présente sous la forme que nous lui voyons revêtir dans l'exemple que nous venons de rapporter, ce diagnostic pouvait demeurer incertain. En effet, une pleuro-pneumonie venant s'ajouter à une simple bronchite, peut, à son début, ne point développer d'autres symptômes que ceux que nous venons de signaler. Depuis que l'emploi de l'auscultation commence un peu à se généraliser, ce dont nous sommes loin de nous plaindre, nous avons eu plus d'une fois occasion d'observer, ce dont nous nous plaignons, qu'on perd un peu de vue les symptômes autres que ceux que fournit ce mode d'exploration, en ce sens surtout qu'on méconnaît pratiquement au moins la haute valeur diagnostique de quelques-uns d'entre eux. Par exemple, il n'est point rare de rencontrer des observateurs habiles, d'ailleurs, qui, à force de considérer le râle crépitant classique comme le caractère pathognomonique de la pneumonie, ont grande peine à se décider à soupçonner celle-ci, quand ce caractère manque, et que d'autres symptômes la révèlent. C'est là une faute pratique qui, dans quelques cas, peut avoir de graves conséquences, et nous ne parlons point ici des pneumonies centrales, des pneumonies lobulaires dans lesquelles on chercherait souvent en vain à constater ce râle sans lequel on ne juge pas, nous parlons des pneumonies ordinaires; or, pour ces pneumonies mêmes, il est certains cas où la maladie est réalisée avant même que le râle crépitant se développe, avant que la moindre modification soit survenue dans la sonorité normale des parois thoraciques. Si l'on veut à toute force obtenir alors un symptôme par la voie de l'auscultation, ce symptôme consiste en une diminution très-grande, quelquefois en l'absence complète du murmure respiratoire; ce sont ces cas, pour revenir plus directement à notre sujet, qui sont fort difficiles à distinguer de la pleurodynie coexistant avec un mouvement fébrile intense; c'est dans ces cas surtout qu'il est extrêmement important de remonter, par une analyse sévère, à la manière dont les symptômes ont successivement apparu, et surtout au mode de développement de la douleur thoracique. Quoi qu'il en soit à cet égard, l'observation que nous venons de citer nous est un exemple nouveau de la rapidité avec laquelle disparaît la douleur pleurodynique sous l'influence de la perturbation déterminée dans l'organisme par l'action des agents émétiques.

Bien que les cas dans lesquels nous avons observé l'efficacité de cette médication soient peu nombreux encore, nous n'avons point balancé à appeler l'attention des observateurs sur ce point intéressant de médecine pratique, parce qu'il nous a semblé qu'en face des faits que nous venons de citer, et où l'action curative de la médication émétique se développe d'une manière si décisive, il est impossible de conserver le moindre doute sur l'efficacité de cette médication. Nous aurions pu ajouter à l'intérêt de ce travail, en rapportant quelques autres observations, d'où il semblerait résulter que les applications de cette méthode pourraient s'étendre avec ces mêmes avantages à d'autres douleurs de même nature que la pleurodynie, et occupant un autre siége : ainsi, le torticolis, le lumbago, mais comme les résultats que nous pourrions invoquer sur ce point sont beaucoup moins tranchés que ceux qui précèdent, nous nous abstiendrons pour le moment, nous proposant de le faire plus tard, s'il y a lieu.

Digitized by Google

Il ne nous reste plus, pour terminer, qu'à exposer rapidement la manière dont nous comprenons le mode d'action de la médication vomitive dans les applications que nous en avons faites à la pleurodynie. Bien que nous ayons vu dans quelques cas le développement de la douleur pleurodynique coïncider avec une surcharge bilieuse des premières voies, et que ces deux ordres d'accidents aient disparu simultanément sous l'influence de vomissements plus ou moins abondants, nous ne croyons pas pourtant qu'il y ait un lien pathologique entre cet état du ventricule gastrique et le développement du point de côté rhumatismal; la brusque et soudaine apparition de cet accident dans la plupart des cas où il se présente, nous suffit pour rejeter cette étiologie comme erronée; ce n'est donc point non plus dans l'action évacuante de l'agent émétique qu'il faut chercher la cause de son efficacité; nous croyons que la cause, la raison de cette efficacité se trouve dans la secousse violente et répétée qu'éprouvent l'appareil musculaire dans son ensemble, mais surtout les plans musculaires de la poitrine dans l'acte du vomissement. On sait que les gens du peuple guérissent fréquemment le torticolis simple ou spasmodique, en imprimant brusquement au col un mouvement de torsion qui l'incline violemment dans le sens opposé au côté malade; nous pensons que les secousses violentes et répétées qu'entraîne nécessairement l'acte du vomissement dans les plans musculaires de la poitrine, agissent exactement de la même manière; par là se trouve en quelque sorte épuisée la puissance contractile des muscles spasmodiquement contractés. Quelle que soit d'ailleurs la valeur de cette explication sur laquelle nous ne voulons point nous étendre, que nous nous bornons à indiquer, le fait thérapeutique est incontestable; nous avons pensé qu'il n'était pas dénué de tout intérêt.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Mai 1840.

Note sur l'emploi du tannin contre la sueur; par M. CHARVET, professeur à l'école de médecine de Grenoble.

Les médecins allemands ont signalé, il y a déjà plusieurs années, l'efficacité de l'acétate de plomb dans certaines formes de phthisie pulmonaire, et on lui a reconnu, en effet, la propriété de diminuer les excrétions diarrhéiques et autres, et particulièrement la sueur dans cette maladie. Mais les accidents formidables développés chez plusieurs malades après l'emploi de ce sel vénéneux en rendent l'usage trop dangereux pour qu'un praticien prudent se hasarde désormais à l'administrer. L'agaric blanc a été conseillé aussi, mais son action est peu constante, et il n'est pas toujours toléré par le tube digestif. La thérapeutique manque donc d'un agent efficace à opposer aux sueurs immodérées qui fatiguent certains malades, particulièrement les phthisiques, et qui concourent ainsi à hâter leur fin, en ajoutant une voie de plus aux causes de déperdition ouvertes sur d'autres points.

J'ai cru utile, d'après cela, d'appeler l'attention de mes confrères sur un médicament qui n'a, je crois, jamais été donné comme anti-sudorifique, et qui, depuis deux ans que j'en fais usage, soit dans ma pratique particulière, soit à l'hôpital, m'a réussi, non pas dans tous les cas, mais dans presque tous les cas, c'est le *tannin pur.*

Je l'emploie sous forme pilulaire à la dose de 2 1/2 centigram. à 10 centigr. dans les vingt-quatre heures, ordinairement le soir, associé ou non à l'opium qui n'en empêche ni favorise l'action. J'en fis usage pour la première fois, en juin 1838, sur un phthisique déjà dans le marasme; la fièvre, une toux opiniâtre, l'oppression étaient moins pénibles pour lui que la sueur générale dont il était inondé chaque nuit. Le malade, d'un caractère irascible et difficile, réclamait chaque jour, avec instances, un remède contre la sueur qu'il regardait comme la seule cause de ses souffrances, lorsque je lui fis prendre une première dose de tannin de 1/2 grain. Le lendemain, le malade se félicitait de l'excellente nuit qu'il avait passée; il avait pu dormir pendant plusieurs heures, et était à peine en moiteur à son réveil. La même dose, réitérée chaque soir, fut suffisante pendant plusieurs semaines pour supprimer totalement les sueurs qui se reproduisaient dès que l'on suspendait le médicament. Nous fûmes obligés d'augmenter ensuite les doses et de les porter successivement à 1 grain, puis à 1 grain et demi, mais toujours avec le même succès; et le docteur Silvy, avec qui je soignais le malade, put constater comme moi l'efficacité de ce médicament. Depuis lors j'ai été dans le cas d'y avoir recours fréquemment, non-seulement dans la phthisie, mais dans d'autres maladies.

Le nommé David, entré à l'hôpital pour une fièvre muqueuse, fut pris sur la fin du deuxième septenaire, de sueurs excessivement abondantes qui le fatiguaient beaucoup. Le 12 octobre, je lui fais donner une pilule de tannin de 5 centigr. Le 15, les sueurs ont cessé. Le malade continue le tannin jusqu'au 18, et entre en convalescence presque immédiatement sans que les sueurs aient reparu.

Un berger, âgé de quinze ans, scrofuleux, est reçu à l'hôpital pour un abcès froid à la région antérieure de l'abdomen, qui est ouvert quelques jours après son entrée. A une suppuration considérable et à la fièvre quotidienne qui l'accompagne, vien-

Digitized by Google

nent se joindre des sueurs abondantes qui augmentent encore la faiblesse du malade. Le 4 octobre il prend 5 centigr. de tannin, la transpiration cesse dès la nuit suivante. Par précaution, le malade prend encore, pendant trois jours, du tannin qui n'a d'ailleurs paru modifier en rien la sécrétion purulente.

Au reste, les anciens nous ont probablement précédé dans l'emploi de ce médicament. L'agaric blanc, vanté autrefois comme antisudorifique, ne devrait-il point cette propriété à la présence du tannin, bien que l'analyse chimique ne l'y ait pas signalé? Dans tous les cas, il est certain que l'agaric bien choisi, et donné à doses suffisantes, arrête assez ordinairement les sueurs des phthisiques, ainsi que l'ont constaté M. Barbut, et plus récemment M. Toel en 1831, et M. Andral en 1834. Mais il est certain aussi que le tannin sera toujours préférable à l'agaric, qui a l'inconvénient d'agir souvent d'une manière fâcheuse sur le tube digestif.

(Ibidem.)

De la détermination des doses de l'acétate de plomb, et des circonstances dans lesquelles le plomb produit l'intoxication; par le docteur Leriche, médecin à Obernay.

L'acétate de plomb est dans beaucoup de cas un agent thérapeutique trop précieux pour que l'on y renonce dans la crainte de faire naître des accidents d'empoisonnement. Il convient donc d'examiner quelles sont les circonstances les plus favorables à la production de ces accidents afin de pouvoir les éviter dans la pratique.

Il est nécessaire que le plomb soit absorbé pour produire l'intoxication proprement dite.

La peau dépouillée d'épiderme, et même la peau revêtue d'épiderme, dans les endroits où celui-ci est mince et délicat, absorbe les molécules plombiques d'autant plus facilement qu'elles sont à un plus grand état de division ou de solution dans un liquide.

Il en est de même de la muqueuse pulmonaire. Plus la poussière ou les émanations de plomb sont subtiles, plus facilement elles pénètrent dans l'appareil pulmonaire sans exciter de toux, et plus l'absorption en est rapide.

La conjonctive si vivement affectée par les molécules pulvérulentes, par les vapeurs qui se trouvent mêlées à l'air, est aussi une surface sur laquelle l'absorption du plomb peut s'opérer rapidement dans certaines circonstances; il n'est pas étonnant que des phénomènes d'intoxication puissent succéder à l'emploi d'un collyre fortement saturné.

Il eût été intéressant de connaître si, dans le cas d'empoisonnement par injection contre une hémorrhagie utérine, il n'y avait pas ulcération d'une partie de la surface utérine ou vaginale.

Pour ce qui regarde la muqueuse gastro-intestinale, il est remarquable que dans tous les cas où le plomb, porté sur la surface intestinale, a produit des accidents, il a été mêlé à des aliments dans un grand état d'atténuation ou en solution dans les liquides acides (1).

La chaleur développée par la digestion, l'afflux et le mélange des sucs gastriques, intestinaux, de la bile, du suc pancréatique, de la salive, le mouvement de fermentation qui s'opère dans la masse alimentaire, sont autant de circonstances favorables à leur absorption par les vaisseaux chylifères et à leur transport dans le torrent de la circulation.

En est-il de même lors de l'administration thérapeutique de l'acétate de plomb? non. Une première et immense différence se remarque d'abord; c'est que dans le premier cas, dans le cas d'intoxication par les aliments, par les boissons, l'organisme est ordinairement sain; dans le second cas, au contraire, l'organisme est malade, puisque son état réclame des agents thérapeutiques.

Or, qui ne sait que ceux-ci agissent tout autrement dans l'état de santé que dans l'état de maladie. L'émétique, l'opium, pour ne citer que ces deux agents, peuvent être donnés à des doses énormes dans certains cas sans provoquer d'accidents toxiques; pourquoi n'en serait-il pas de même de l'acétate de plomb, et pourquoi un praticien prudent et expérimenté hésiterait-il à augmenter les doses d'acétate de plomb, lorsque cette augmentation est indiquée par la tolérance et les bons effets observés?

L'acétate de plomb serait tout au plus contre-indiqué dans le cas où la muqueuse gastro-intestinale serait le siége d'ulcérations sèches et superficielles très-nombreuses et très-étendues; car il est arrivé qu'il a rendu de grands services sans produire d'accidents, dans des cas de vomissements, de diarrhées colliquatives où l'on ne pouvait douter de l'existence d'ulcérations.

L'acétate de plomb, de même que tout autre médicament, ne doit être administré que sur des indications positives; mais, quand ces indications existent et sont bien reconnues, il doit être administré sans crainte; de même que l'émétique, l'opium,

---

(1) Les oxides de plomb mêlés à des graisses et saturés par des acides organiques, ont surtout produit des accidents. Il en est de même de quelques autres oxides métalliques, du cuivre, par exemple.

Digitized by Google

l'acide prussique, la digitale, le sublimé, l'arsenic même!

Les doses seront toujours petites au début, subordonnées aux circonstances, et on les augmentera graduellement; en suivant leurs effets on pourra sans danger les élever autant que l'ont fait MM. Fouquier et Barbier, d'Amiens.

L'acétate de plomb agit comme calmant de la circulation et de l'innervation, comme anti-phlogistique sur les surfaces enflammées; il excite l'appétit, augmente la diurèse, modère les sécrétions et excrétions débilitantes. Il a été préconisé en lavements dans les hernies étranglées. Enfin, il est un puissant hémostatique. A tous ces titres il peut offrir de nombreuses et précieuses ressources au médecin praticien.

La céruse s'est montrée efficace en topique contre des névralgies externes, et a été employée avec succès par M. Devergie contre des diarrhées colliquatives.

Nous ne pouvons terminer cette petite note sans indiquer une ancienne préparation qu'il serait peut-être bon de tirer de l'oubli.

Cette préparation est la teinture anti-phthisique de Gramman.

En voici le mode de préparation :

Sucre de saturne,		16 grammes.
Sulfate de fer,		12 grammes.
Bon vinaigre de vin non distillé,	} De chaque 64 grammes.	
Alcool rectifié,		
Eau de roses,		24 grammes.

Mettez dans un vase de fer le vinaigre et l'acétate de plomb, faites fondre à feu doux, ajoutez le sulfate de fer pilé, puis, lorsque la solution est faite, l'alcool et l'eau de roses, et laissez reposer en lieu tempéré.

Doses : de 20 à 30 gouttes en 24 heures.

Nous transcrivons fidèlement cette formule, dont le résultat chimique paraît être une solution d'acétate de fer, un peu d'acétate de plomb non décomposé et un précipité insoluble, parce qu'il est reconnu que plusieurs formules, qui paraissent irrégulières d'après les lois de la chimie, n'en sont pas moins de bonnes combinaisons thérapeutiques.

REVUE MÉDICALE. — Avril 1840.

Formules pour l'emploi du lactate de fer.

Le lactate de fer, que les recherches de MM. Gélis et Conté, et le rapport de M. Bouillaud, viennent d'introduire dans la thérapeutique, commence à être fréquemment demandé dans les pharmacies. Il serait donc important d'arrêter quelques formules officinales, qui permissent aux praticiens de calculer facilement la quantité du sel employé sous différentes formes pharmaceutiques. Voici celles que propose M. Cap.

Pastilles de lactate de fer.

Prenez :	Lactate de fer. . . .	30 grammes.
	Sucre.	360 grammes.
	Mucilage de gomme arabique.	S. Q.

F. S. A. des tablettes du poids de 65 centigrammes, qui contiendront chacune 5 centigrammes de sel.

Sirop de lactate de fer.

Prenez :	Lactate de fer. . . .	4 grammes.
	Eau distillée bouillante.	200 grammes.
	Sucre blanc.	400 grammes.

Le lactate de fer n'étant soluble que dans 40 parties d'eau distillée bouillante, on ne pourrait guère en introduire une plus grande quantité dans un sirop. Cette proportion est d'un 150e (environ 4 grains par once). Le procédé qui m'a le mieux réussi est le suivant.

On triture le sel avec quatre fois son poids de sucre pulvérisé, on le dissout rapidement dans la totalité de l'eau distillée bouillante, et l'on verse le tout dans un matras que l'on place dans un bain-marie, après y avoir ajouté le reste du sucre cassé en petits morceaux; aussitôt que le sucre est fondu, on verse le sirop sur un filtre, et dès qu'il est refroidi, on l'enferme dans des bouteilles bien bouchées. Ce sirop a une teinte très-légèrement ambrée et se conserve fort bien. Je crois son emploi plus commode que celui des pastilles, parce que la saveur ferrugineuse reste moins longtemps dans la bouche.

Pilules de lactate de fer.

Prenez :	Lactate de fer. . .	} ana un gramme.
	Poudre de guimauve.	
	Miel.	S. Q.

Pour 20 pilules que l'on argenterait aussitôt, ou bien que l'on recouvrirait de gélatine fondue, selon le procédé de M. Garot.

Je donne cette formule, qui peut, sans nul doute,

Digitized by Google

être modifiée dans ses doses, uniquement pour avertir les praticiens qu'il y aurait de l'inconvénient à mettre en contact avec le lactate de fer, dans une masse pilulaire, des extraits astringents, ou d'autres sels capables de le décomposer.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.—Mai 1840.

Sur l'opération de l'empyème; par le docteur ÉDOUARD PETIT, de Corbeil.

§ Ier.

L'opération de l'empyème a été, il n'y a pas longtemps, le sujet d'une longue discussion qui a successivement mis en lumière quelques faits nouveaux; mais rien n'a été précisé sur l'opportunité de l'opération.

Dans quelles circonstances cependant le praticien peut-il se permettre de recourir à ce moyen? Le danger est-il dans l'opération elle-même ou dans les circonstances qui déterminent à la pratiquer? Ces questions qui intéressent vivement les médecins sont bien plus importantes encore pour les malheureux qui y sont exposés.

La guérison d'abcès dans la poitrine par les seuls efforts de la nature, par des accès de toux violente, par l'effet de l'émétique à hautes doses, est aujourd'hui une vérité constatée par un assez grand nombre de faits et bien reconnue par le plus grand nombre des médecins.

Mais l'exemple de guérisons par des causes externes a trop d'analogie avec l'opération de l'empyème pour que nous passions sous silence un fait qui a tant d'analogie avec celui cité par Valère Maxime (1), d'un Romain guéri d'une vomique par le glaive de son ennemi qui le frappa si à point qu'il perça l'abcès qu'aucun médecin n'avait pu guérir.

Tel fut le résultat de la blessure reçue par l'officier Ponaque, aide de-camp du général Dalton; cet officier, connu de toute la vieille armée, était regardé comme voué à une mort certaine, étant atteint d'une maladie de poitrine déjà avancée, lorsqu'au combat de la Dwina, chargeant l'ennemi à la tête de sa compagnie, il reçut un coup de lance dans la poitrine qui perça un abcès; cette blessure fut si heureuse que ce brave officier se rétablit complétement.

Nous avons observé un fait qui présente une très-grande analogie avec ceux-ci.

(1) Externa de miraculis, n° 6.

Abcès dans le côté gauche de la poitrine.

OBS. I. — Labourianne, âgé de 36 ans, tailleur de pierres, d'une assez forte constitution, a été atteint dans sa jeunesse de plusieurs affections syphilitiques. Depuis il a eu des hémoptysies et des douleurs de côté, pour lesquelles il reçut les conseils de plusieurs médecins habiles.

Depuis deux années il n'avait pas craché de sang, lorsque, le 22 août 1814, étant occupé à la restauration du grand pont sur la Seine, les deux pieds venant à lui manquer à la fois, il tomba de l'échafaud où il travaillait, sur la terre et les pierres qui encombraient le lit de la rivière. Cette chute est au moins de 7 mètres de hauteur.

Aussitôt : perte de connaissance, pâleur de la face, pupilles dilatées, col renversé en arrière, froid général, petite plaie à la partie postérieure de la tête. Je ne pus constater aucune fracture.

On enveloppa ce malade dans la peau d'un mouton fraîchement écorché; mais il en est presque aussitôt retiré. Il urine. Un lavement produit un bon effet. Le malade recouvre la connaissance; il se plaint de l'épaule gauche. Quatre heures après l'accident : saignée du bras; tisane de chiendent nitrée.

Les 23 et 24, il ne survient pas de fièvre; le malade désire manger; toux fréquente sans expectoration; douleur dans l'épaule et le bras gauches. (Looch simple; frictions sur l'épaule avec le baume opodeldoch.)

27. Même état, jusque dans la nuit; il survient une oppression très-forte; le ventre est tendu; il se développe de la fièvre. Toutes les heures une cuillerée de la potion suivante :

Feuilles de digitale pourprée, 2 onces; eau bouillante, 3 onces : faites infuser pendant dix minutes, passez; ajoutez sirop d'éther, 1 once; un emplâtre de poix de Bourgogne sous chaque mamelle.

Le matin, pouls moins plein et faible; dyspnée très-forte; sueurs de la face. Tout à coup vers dix heures, expuition d'une masse considérable de crachats puriformes : une cuvette en était remplie; cette expectoration continue toute la journée.

Le soir, le malade est plus calme; il continue alternativement la potion digitale et le looch.

28. Fièvre moins forte; nouvelle expectoration de crachats volumineux, épais, agglomérés, formant une masse homogène et d'apparence puriforme, plus blancs, que ceux d'hier; la douleur de l'épaule est toujours très-forte; le malade remue le bras gauche avec peine.

29. Expectoration moins abondante; le malade se lève, fait quelques pas dans sa chambre. Il prend un peu de bouillon.

30. Apyrexie complète, diminution notable de

Digitized by Google

l'expectoration. (Infusion d'hysope; potages.)

31. L'expectoration est presque nulle.

1er septembre. Quelques crachats muqueux. La douleur de l'épaule et du bras persiste.

11 septembre. Il n'y a plus d'expectoration.

12 Octobre. Le malade est parfaitement rétabli.

La rupture de l'abcès par le fait d'une chute si grave et si élevée est certainement une guérison par une cause externe bien inattendue et peu intelligente. Elle augmente néanmoins le nombre des faits qui prouvent la possibilité de ces guérisons.

Je dois ajouter que, quelques années après, Labourianne succomba à une phlegmasie chronique de la poitrine.

Pleurésie latente droite; empyème spontané.

Obs. II. — Au mois de juin de cette année, je fus consulté par Jean Triolle, jardinier, âgé de 60 ans; cet homme avait, il y a quinze mois, fait un effort assez grand en voulant soulever un meuble. Cet effort ne fut suivi d'aucun dérangement notable dans la santé, lorsqu'il y a quatre mois il est survenu une tumeur entre la sixième et la septième côte; cette tumeur s'est ouverte spontanément : elle a fourni du pus séreux, et aujourd'hui elle est fistuleuse, il n'existe ni toux, ni oppression, mais l'égophonie est remarquable à la base de la poitrine.

Je n'ai plus revu le malade.

Pleurésies chroniques doubles avec épanchement; empyème double; guérison.

Obs. III. — Bourbier (Antoine), 22 ans, soldat au 34e régiment de ligne, reçoit, dans le mois d'octobre **1818**, un coup de pied de cheval sur la jambe gauche; il est assez promptement guéri quoiqu'il ait éprouvé des douleurs dans cette jambe pendant l'hiver de 1818 à 1819.

Le 23 avril 1819, il entre au Val-de-Grâce, ayant de la fièvre, de la toux et les jambes enflées. Ces accidents sont survenus après qu'il eut été mouillé en revenant de monter sa garde.

On lui prescrivit la diète et l'usage d'un looch; mais pour obtenir des aliments, ce militaire n'accuse jamais ses douleurs.

Après vingt-trois jours de séjour à l'hôpital, il obtint un congé, s'empressa de partir, mais il était si faible qu'il mit six jours pour faire sept lieues.

16. mai. Il entre à l'hospice de Corbeil; on remarque une petite toux, accompagnée d'une expectoration seulement muqueuse; apyrexie, adynamie. (Infusion pectorale; looch simple.)

Pendant quelques jours le malade perd ses forces, sans que d'autres accidents se manifestent.

22. Bouillons pectoraux; vésicatoire au bras gauche.

31. Face bouffie; langue blanche, humide; expectoration blanche, muqueuse, épaisse. Son mat de toute la poitrine; douleurs des jambes qui sont œdématiées; adynamie; pouls petit, fréquent, régulier.

Lait matin et soir; un vésicatoire sur chaque côté de la poitrine.

5 juin. Diarrhée; l'usage du lait est supprimé; un nouveau vésicatoire sur chaque côté de la poitrine.

6. L'expectoration devient verdâtre; la région épigastrique est un peu tuméfiée; la diarrhée continue; les pieds et les jambes sont infiltrés. Cet état va s'aggravant jusqu'au 17, que l'anasarque a gagné les membres supérieurs.

Je fais appliquer un morceau de potasse caustique sur chaque côté de la poitrine. Ce caustique est de chaque côté placé en avant, très-près de l'union de la sixième côte avec le sternum; les eschares sont plus étendues et plus profondes qu'on ne s'y attendait; la peau est si mince que la cautérisation a porté son action jusqu'aux os.

Le 4, sept jours après, les cartilages des côtes se sont séparés du sternum, de manière à laisser couler de chaque côté une sérosité limpide abondante.

Cette sérosité a continué de couler ainsi par les fistules pendant les mois de juillet et août.

En septembre, il s'est opéré une légère exfoliation des cartilages des côtes, tant l'action de la potasse avait été profonde.

Ce malade s'est graduellement rétabli; les fistules qui s'étaient fermées d'abord se sont ouvertes de nouveau et ont laissé écouler une sérosité beaucoup plus puriforme que la première fois; la toux était revenue lorsque les fistules s'étaient fermées. Le vésicatoire au bras est rétabli.

Les fistules se ferment de nouveau, et le 4 décembre, Bourbier sort de l'hospice guéri de ce double empyème.

Lorsque par une circonstance imprévue la nature indique si bien la marche qu'elle peut suivre pour arriver à une guérison que d'abord on devait regarder comme improbable, pourquoi l'art ne chercherait-il pas à l'imiter? Cette réflexion naît naturellement de l'observation que nous venons de produire.

§ II.

Pleurésie droite; empyème.

Obs. IV. — Le docteur Wallard, médecin à Riz (Seine-et-Oise), fut, au mois de septembre 1826,

Digitized by Google

atteint d'une pleurésie droite. Malgré cette affection, il faisait tous ses efforts pour remplir les devoirs si pénibles et si mal récompensés du praticien à la campagne. Aussi ne se mit-il au lit que fort tard. Lorsqu'il me fit appeler, la suffocation était imminente, l'épanchement très-manifeste; il y avait peu de fièvre; le malade avait épuisé l'usage des moyens les plus énergiques.

Je ne vis d'autres ressources que dans l'opération de l'empyème; je la proposai à notre courageux confrère qui y consentit.

Le 19 septembre, je pratiquai à l'aide du bistouri une petite incision entre la quatrième et la cinquième côte, un peu en avant; le pus sortit en abondance. J'en évaluai la quantité à 2 kilogrammes environ. L'opération fut suivie d'un calme parfait.

Cependant, la fièvre resta continente; le pus continua de s'écouler, mais moins abondamment; la prostration des forces augmenta. Six jours après, j'eus la douleur de voir succomber notre honorable confrère.

Pleurésie droite; empyème.

Obs. V. — Au mois de juin 1835, M. Labbé, notaire à Boie (Seine-et-Marne), fut atteint d'une pleurésie droite; le docteur Fernet, médecin d'une instruction solide, lui donna les premiers soins, et malgré la thérapeutique la plus méthodique et la plus active, l'épanchement se forma, il devint de plus en plus manifeste et fut accompagné d'accès de suffocation imminente.

Dans une première consultation avec le docteur Honoré, nous ne crûmes pas devoir recourir à l'opération; mais les accidents marchant avec une rapidité effrayante, le malade ne put résister aux accès d'oppression, et justement alarmé, il réclama avec instance les secours de l'opération.

Alors nous appliquâmes un morceau de pierre à cautère sur le côté, entre les quatrième et cinquième côtes un peu en arrière. Sur l'eschare qui en résulta, nous pratiquâmes une incision qui fut suivie d'une évacuation considérable de pus infect. L'abcès communiquait avec les bronches, puisqu'à chaque inspiration il sortait quelques bulles d'air par la plaie.

Le lendemain il était mieux, il se sentait soulagé; mais les jours suivants les forces diminuèrent, et le dixième jour après l'opération, le malade succomba.

Quoique dans ces deux circonstances les suites de l'opération de l'empyème n'aient pas été heureuses, il est impossible d'attribuer la mort à l'opération en elle-même. Sans aucun doute, si l'opération n'avait pas été faite, les malades n'en auraient pas moins succombé, et peut-être un peu plus tôt.

Nous aurions cru manquer à notre devoir de ne pas relater ces deux faits, puisque nous produisons tous ceux que nous avons observés.

Péripneumonie gauche; empyème.

Obs. VI. — Juchoux (Louis), âgé de 18 ans, maçon, mal nourri, résidant à Paris depuis trois mois. Un mois après son arrivée, il fut pris de fièvre, avec paroxisme le soir; il s'alita quelques jours, prit de simples boissons délayantes et se crut guéri; il reprit ses travaux pendant une huitaine de jours, puis il fut obligé d'entrer à l'Hôtel-Dieu le 14 octobre 1831. Alors la fièvre était continente, avec des paroxismes irréguliers; œdème général; douleurs vagues dans toute la poitrine; respiration gênée; matité et égophonie légère des deux côtés; inappétence; prostration des forces.

Il reste ainsi quelques jours avec un état fébrile peu prononcé, se levant toute la journée et prenant quelques aliments, lorsque le 1er novembre, après une sortie faite sur le bord de la Seine, il ressent un violent frisson suivi de fièvre plus prononcée, avec toux fréquente et douleur dans le côté gauche, où l'on reconnaît un épanchement déjà considérable.

La saignée, les vésicatoires, les pectoraux ne modifient pas les accidents.

Le dix-septième jour, amaigrissement considérable; fièvre continue; diarrhée; matité de tout le côté gauche; le bruit respiratoire ne se perçoit que dans les grandes inspirations, et seulement au sommet du poumon près la colonne vertébrale; poitrine bombée; espaces intercostaux élargis; le décubitus n'est plus possible qu'à gauche; suffocation imminente.

On pratique l'opération de l'empyème entre les quatrième et cinquième côtes, au milieu de l'espace compris entre le sternum et la colonne vertébrale, au moyen du trois-quarts.

Quatre à cinq litres d'un liquide séreux au milieu duquel surnagent des flocons pseudo-membraneux sortent de la canule du trois-quarts, qui parfois en est obstrué, ce qui fit employer la seringue pour en extraire les dernières portions. On ferma la plaie au moyen d'un emplâtre de diachylon gommé.

L'opération fut peu douloureuse, elle soulagea le malade qui rendit quelques crachats sanguinolents. Le soir, la respiration était plus étendue; on perçoit une espèce d'égophonie caverneuse.

18. Le malade peut se coucher sur le côté droit; il a du sommeil; l'œdème de la face et des membres est considérablement diminué; deux évacuations alvines.

Un quart maigre; potion gommeuse; décoction blanche.

Digitized by Google

21. Le malade en remontant dans son lit perçoit le bruit d'un liquide épanché dans la poitrine; opinion qui se confirme par la percussion. (Potion avec l'extrait de quinquina, 2 gros; vésicatoire entre les épaules.)

25. Le malade peut se promener dans la salle.

26. Face altérée, yeux caves, pommettes colorées, toux fréquente, oppression; le malade indique lui-même l'étendue de l'épanchement. (Nouveau vésicatoire sur la partie antérieure de la poitrine.)

6 décembre. Retour de l'œdème de la face et des membres; l'épanchement augmente; il refoule la rate; égophonie très-caractérisée. (Nouveau vésicatoire.)

18. Le malade ne peut plus se lever; l'usage de vésicatoires volants est continué; leur usage n'augmente ni la chaleur de la peau, ni la fréquence du pouls.

24. Douleur de côté plus intense; sangsues sur le point douloureux; l'œdème augmente; diarrhée.

13 janvier. Insomnie, adynamie, oppression, suffocation, œdème général. (Nouvelle ponction au-dessus de la première, 4 litres environ de liquide purulent, sans flocon pseudo-membraneux.)

14. Nuit assez bonne. Fièvre moins forte. Le malade se trouve mieux; la succussion fait reconnaître que l'épanchement se renouvelle très-rapidement. (Décoction blanche; un quart d'aliments.)

24. L'épanchement fait de nouveaux progrès; l'anasarque se développe encore plus fortement; la diarrhée augmente; l'adynamie est plus prononcée. Le malade succombe le 30 à une heure du matin.

Autopsie, 30 heures après la mort.

Infiltration de la face, des jambes, du scrotum; le côté gauche de la poitrine est bombé; les espaces intercostaux sont élargis.

Epanchement dans la plèvre gauche, qui est partout tapissée de couches pseudo-membraneuses, de quatre litres environ de sérosités puriformes.

Le poumon est diminué de volume, ratatiné sur la partie supérieure de la colonne vertébrale et entièrement hépatisé.

Le cœur est refoulé à droite; le péricarde contient de la sérosité citrine; le poumon droit est sain.

Les intestins sont rosés; les autres organes sont à l'état normal.

Cette observation qui m'a été communiquée par le docteur Fernet est en quelque sorte le complément des deux qui précèdent. Nous n'avons pu, en effet, les compléter par l'examen du cadavre; cependant l'état pathologique des plèvres est un des points les plus importants lorsqu'il s'agit de discuter les chances de l'opération de l'empyème.

Toutes les fois que cette opération devient opportune, on peut être assuré que l'introduction de l'air par la plaie est tout à fait sans danger.

Bassos jeune, dans sa dissertation inaugurale, cite le fait de l'ouverture des deux côtés de la poitrine faite dans un des grands hôpitaux de Paris, sur un malade qui n'avait pas les épanchements présumés; cette double opération inutile ne fut suivie d'aucun accident fâcheux.

Mais lorsque l'épanchement succède à la pleurésie, les malades ne sont plus dans la même condition: la plèvre n'est plus dans son état normal; cette membrane est assez épaissie pour n'être plus compressible où elle est recouverte de fausses membranes et même arrêtée par des lames de même nature, de manière à être encore moins dilatable, par conséquent les poumons ne peuvent recevoir d'influence fâcheuse de l'introduction de l'air par la plaie, ainsi que cela pourrait avoir lieu sur une plèvre saine.

Les expériences faites sur les animaux sains et vivants ne peuvent donc servir à quoi que ce soit en faveur de l'innocuité ou du danger de l'opération. Pour en déduire quelques inductions raisonnables, il faudrait donner aux animaux qui servent à ces expériences des pleurésies avec des épanchements. Puis ces épanchements étant bien constatés, on procéderait à l'opération; encore faudrait-il ajouter aux inductions qui résulteraient de ces expériences l'état particulier de l'espèce sur laquelle on opérerait. Tous ceux qui se sont occupés d'expérimentations sur les animaux vivants, de vivisections, savent combien les pauvres bêtes supportent d'opérations graves, de tortures, sans succomber.

Il n'en reste pas moins constant que dans les observations que nous venons de relater, il est impossible d'attribuer la mort à l'opération en elle-même.

A l'époque où la médecine opératoire était entièrement réservée aux chirurgiens, on devait moins s'étonner de voir des médecins combattre l'opération de l'empyème, tandis que les chirurgiens l'approuvaient tous. C'est pourquoi, sans doute, Corvisart assurait qu'il n'en avait jamais vu d'autre résultat qu'un soulagement éphémère, tandis que Lassus affirme que dans tous les livres de l'art, on ne cite aucun exemple de malade mort de cette opération; cette opinion est partagée par Rullier (1).

Mais aujourd'hui que presque tous les médecins, ceux surtout qui exercent dans les départements, s'honorent à juste titre de tenir le bistouri, le dissentiment qui a pu exister sur le danger ou l'innocuité de cette opération ne peut se perpétuer.

§ III. — Pleurésie droite; empyème; guérison.

Obs. VII. — Defrance (François-Pascal), âgé de

(1) Dictionn. des sc. méd., *Empyème*.

Digitized by Google

17 ans, journalier, s'alite le 27 juin 1817, avec une fièvre continue, sans douleur locale; il présente les symptômes de la fièvre muqueuse qui, au quatrième jour, s'accompagne d'une vive douleur dans le côté droit, avec toux sans expectoration ni oppression.

La saignée, les pectoraux, le kermès, la poudre tempérante de Sthal, les vésicatoires sont successivement employés; ces moyens modèrent la fièvre qui, cependant, reste continente.

Le 20 juillet, vingt-quatrième jour, la bouche est recouverte d'une pellicule muqueuse considérable. Le malade agite sa tête par petites saccades assez régulières et involontaires. La toux est fréquente, accompagnée d'une expectoration assez abondante d'un mucus filant, épais, homogène. L'oppression est voisine de la suffocation. La douleur du côté droit est permanente. Ce côté est plus élevé, plus arrondi que l'autre; les palpitations sont fortes. Le décubitus est impossible sur l'autre côté. Le ventre est libre, les urines sont claires et rares; chaleur modérée de la peau; pouls petit, faible, peu fréquent. (Infusion pectorale, trois tasses; décoction kina oximel; crème d'orge.)

21. Je me détermine à pratiquer l'opération de l'empyème; je pose dans l'espace intercostal, et de la quatrième à la cinquième côte, un petit morceau de pierre à cautère.

Le soir, l'eschare est déjà blanchâtre; le pourtour en est œdémateux; alors j'incise doucement sur cette partie, et je pénètre dans la poitrine; aussitôt un jet, par arcade, d'un pus séreux, abondant, d'une odeur infecte sort par l'ouverture; l'odeur est si forte qu'il faut s'empresser d'ouvrir la croisée; la quantité de pus évacué peut être d'une livre au moins.

22. Dès le lendemain le moral du malade est relevé; les aphthes se détachent, l'expectoration est moins abondante; la fièvre est plus forte. (Lait coupé, trois tasses kina oximel; frictions camphrées sur le côté.)

23. Le malade ne souffre pas; la bouche se nettoie; le pus a une odeur toute particulière; elle rappelle parfaitement celle qu'on observe sur des malades atteints de vomique. Le diachylon que l'on applique sur la plaie devient noir; le ventre est gros; urines claires, une garderobe; chaleur de la peau, pouls faible et fréquent.

Dès le 26, le malade peut se lever, il tousse moins, les aphthes sont disparues, la plaie suppure toujours. (Légers aliments.)

29. Le malade est sorti un instant; la suppuration est devenue verdâtre; il n'y a plus de fièvre; la paume des mains reste brûlante.

3 août. Les forces reviennent avec l'appétit; la suppuration diminue; la plaie résultant de l'eschare se rétrécit; graduellement la suppuration diminue, la plaie se ferme et le malade retourne à ses travaux.

En 1821, Defrance est exempté de la conscription sur un certificat que je lui délivre et sur l'inspection de la plaie.

1823. Il se marie.

1834. Du 18 octobre au 3 novembre, il séjourne à l'hospice pour une vomique dont il guérit.

1839 (novembre). Defrance, qui est père de plusieurs enfants, se porte à merveille.

Le docteur Fernet m'a encore communiqué deux observations recueillies par lui en 1834, à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Gendrin. La première a été pratiquée pour un cas presque identique à celui de Defrance; la seconde pour un épanchement dans la plèvre gauche. Ces deux opérations ont été faites à l'aide du trois-quarts. Dans le second cas, on a pratiqué plusieurs injections dans la poitrine. Ces deux malades sont sortis de l'Hôtel-Dieu; ils n'ont pas été suivis plus loin. Cependant ces deux faits, à notre avis, militent encore en faveur de l'opération qui, pour nous, ne constitue pas de gravité par elle-même, mais seulement par le fait même pour lequel on la pratique. N'en est-il pas de même le plus souvent pour le trépan, pour l'opération de la hernie étranglée?

Toutes les fois qu'un épanchement pleurétique circonscrit et manifeste ne sera pas compliqué d'une phlegmasie pulmonaire ou de la présence de tubercules, nous pensons qu'il n'y a pas de danger à pratiquer l'opération; lorsque les accidents inflammatoires sont dissipés, lorsque l'on n'obtient aucune diminution des accidents par l'usage de l'émétique à haute dose et celui des vésicatoires volants répétés, alors il faut recourir à l'opération.

Quant à la méthode la plus convenable, il me paraît très-utile de faire précéder l'incision de l'application d'un morceau de pierre à cautère sur l'espace intercostal qui paraît le plus rapproché de la collection séreuse ou purulente (1). Avec le bistouri, on incise plus lentement, plus prudemment, l'on s'expose moins à blesser le poumon. L'incision de l'eschare est tout à fait indolore; au-dessous, la chair est également peu sensible; je n'ai entendu crier aucun des malades que j'ai opérés.

La cautérisation préliminaire a encore cet avantage qu'elle fait appel à la collection purulente. C'est par conséquent un moyen précieux d'investigation. La facilité avec laquelle l'eschare blanchit, la disposition œdémateuse des téguments au-dessous et autour de l'eschare, sont autant de signes confirmatifs de la présence d'un fluide sous-jacent. Cette remarque s'applique d'ailleurs au diagnostic de toutes les collections simples ou purulentes.

(1) Heyfelder a pratiqué sept opérations avec succès avec le bistouri, quoiqu'il ne lui donne pas la préférence sur le trois-quarts. Je préfère le bistouri. (*Gazette médicale.*)

Digitized by Google

J'aujouterai cependant qu'il est de la plus haute importance de bien constater l'état du foie et de la rate, et par conséquent de ne pas appliquer le cautère trop bas; j'ai dû regretter dans un cas bien manifeste d'epanchement dans la plèvre droite, chez un chasseur d'Afrique, d'avoir posé mon cautère entre les cinquième et sixième côtes. J'incisai toute l'épaisseur des muscles intercostaux; je ne trouvai pas le fluide que je cherchais. Quelques jours après survint une péritonite qui enleva le malade.

Je pus m'assurer que je l'aurais probablement prévenue en pratiquant mon incision plus haut; car l'épanchement était si considérable que l'on ne retrouvait plus de trace du poumon droit; il était détruit par l'épanchement séreux.

Cet insuccès fortifie encore cette opinion, que dans les circonstances que nous venons d'exposer, avec la méthode que nous venons d'indiquer, on ne doit pas hésiter à pratiquer l'opération.

GAZETTE MÉD. DE PARIS.—Mai 1840.

Considérations pratiques sur les abcès du creux du jarret.

Quatre malades se trouvant en même temps, dans le service de M. Velpeau, porteurs d'abcès dans l'espace poplité, ont fourni à ce professeur l'occasion d'émettre, au sujet de cette lésion, quelques considérations d'un très-grand intérêt pour la pratique. Ces malades étaient couchés aux numéros 2 et 23 de la salle des femmes, et aux numéros 11 et 20 de la salle des hommes.

Le *jarret*, a dit M. Velpeau, comme l'aisselle, l'aine, le périnée, les régions inguinale, iliaque, etc., est une partie fort complexe, composée de tissus de plusieurs sortes, d'os, de ligaments, de muscles, de tendons, de coulisses synoviales, de tissu cellulaire; or, toutes les régions composées d'éléments si divers offrent des maladies variées dont le diagnostic est souvent fort difficile. Les abcès se développent dans cette partie, comme ils le font partout ailleurs, sous l'influence de causes diverses. Les uns sont sous-cutanés, et comme ils ne diffèrent pas de ceux que l'on observe dans les autres points du corps, nous n'aurons rien à en dire; mais ceux qui sont situés plus profondément sont souvent fort difficiles à reconnaître, car des couches épaisses de tissus variés les séparent de la peau, et il est impossible, avant une certaine époque, de les diagnostiquer d'une manière bien précise. Ainsi cette jeune fille couchée au numéro 23 offrait bien une douleur sourde, profonde dans la région poplitée, il y avait de l'empâtement sur ce point, mais on ne pouvait affirmer que derrière ces épais tissus il existait une collection purulente. De plus, l'abcès formé dans cette région peut se faire jour dans un point fort éloigné; le pus peut remonter vers la cuisse ou descendre dans l'épaisseur du jarret, et même jusque sur les côtés du tendon d'Achille. Le jeune homme couché au numéro 11 semble être dans le même cas; on a fait une incision au bas de la jambe, et il en est sorti une quantité énorme de pus.

Mais c'est moins vers la jambe que se dirige le pus formé dans le jarret que vers la cuisse, en suivant cette sorte de canal qui donne passage aux vaisseaux et nerfs ischiatiques. Des fusées peuvent s'établir sur leur trajet, et le pus se faire jour sur un point fort élevé, avant qu'on ait reconnu, d'une manière positive, la présence d'un abcès dans le jarret. La jeune fille couchée au numéro 2 est dans un cas pareil; il est survenu chez elle de la douleur dans le jarret; on a bien senti de l'empâtement, mais non de la fluctuation; la douleur s'est étendue dans la partie inférieure de la cuisse, et enfin la fluctuation a été reconnue sur le côté externe du membre. Chez celle du numero 23, au contraire, l'abcès est resté dans la région poplitée; la peau a fait saillie en dehors, s'est amincie, et un coup de bistouri a donné issue à une quantité considérable de pus.

L'abcès peut aussi se porter en dedans ou en dehors: dans le premier cas, il devient assez facilement sous-musculaire, le vaste interne n'étant pas fixé au fémur par des liens très-serrés.

Si l'abcès se porte en avant il ne rencontre que des tissus osseux et ligamenteux; alors on a à redouter que le pus pénètre dans l'articulation. On aurait à combattre dans ce cas une arthrite purulente, ce qui est un cas excessivement grave.

Si le pus accumulé dans l'espace poplité peut se porter dans les régions voisines, il peut aussi venir de points plus ou moins éloignés, et se former en collection dans cette partie. On a vu, par exemple, du pus provenant d'une carie des vertèbres venir s'accumuler dans le jarret. M. Velpeau a donné des soins à un homme qui portait dans ce point un abcès énorme; on reconnut à l'autopsie que le pus provenait du sacrum carié. Il y avait, ces jours derniers, à l'hôpital un homme qui portait des ulcérations du rectum et un abcès dans la fesse; le pus avait filtré et s'était porté de ce point jusque dans le jarret. D'autres fois le pus vient des vertèbres dorsales cariées, en sorte que ces abcès par congestion peuvent se former dans le jarret, prenant leur origine dans la poitrine ou dans le ventre.

La collection purulente peut venir aussi de la jambe: la carie ou la nécrose de la partie supérieure du tibia sera suivie d'un abcès qui quatre fois peut-être sur six se formera dans le jarret, parce que les parties molles de la jambe sont d'une contexture de

Digitized by Google

plus en plus serrée, à mesure que l'on approche de sa portion inférieure : il est donc tout naturel que les fusées purulentes se dirigent de préférence vers le jarret.

Les abcès du jarret peuvent être symptomatiques de certaines lésions ; par exemple ils sont quelquefois le résultat d'une maladie de l'articulation du genou : il y a arthrite avec épanchement ; l'articulation s'ouvre et l'infiltration se fait dans le jarret ; mais cette terminaison est assez rare, et le plus souvent le pus se porte en avant. M. Velpeau n'en a pas vu plus de trois ou quatre exemples.

Toutes les maladies des os voisins peuvent produire ces abcès du jarret symptomatiques, c'est facile à concevoir ; mais la collection purulente peut en outre se former dans l'espace poplité lui-même de bien des manières différentes. Les bourses synoviales, et il y en a un grand nombre dans cette région, soumises à un certain frottement, peuvent s'enflammer, suppurer et s'ulcérer du côté du creux du jarret : cette terminaison n'est pas sans exemple. Les ganglions peuvent être aussi le siége d'une inflammation, et par suite le point de départ d'un abcès, bien qu'ils soient peu nombreux et que les ganglions profonds soient d'ailleurs infiniment moins susceptibles de s'enflammer que ceux qui sont situés superficiellement. On a alors les mêmes accidents que dans l'adénite de l'aisselle ; le tissu cellulaire voisin peut participer à l'inflammation, et il se forme par la suite un très-vaste dépôt qui remplit le jarret.

Il y a donc dans cette région des abcès idiopathiques de deux sortes : les uns débutent par l'inflammation du tissu graisseux lui-même, les autres par l'inflammation des ganglions ; de plus, des abcès symptomatiques, qui sont fort nombreux et qui peuvent venir du bassin, de l'abdomen, peuvent résulter d'une maladie de la matrice, de la vessie, du rectum, d'une carie des os du bassin ou des vertèbres, d'une lésion organique du colon, des reins, etc. Ils peuvent aussi provenir d'une carie du grand trochanter, du corps du fémur lui-même, du tibia ou du péroné ; ils peuvent être symptomatiques d'une inflammation de l'articulation, des bourses synoviales, et leur origine devra toujours être recherchée avec soin, car le pronostic variera beaucoup, suivant le point de départ de cette collection purulente. Il est évident, en effet, qu'il n'y aura, sous le rapport de la gravité, nulle comparaison à établir entre l'abcès provenant d'une inflammation du tissu cellulaire, et celui annonçant une carie des vertèbres, une maladie de la poitrine ou du ventre, une carie ou une nécrose des os du bassin, de la cuisse et de la jambe.

Mais, abstraction faite de ces différences d'origine, l'abcès du jarret doit toujours être considéré comme une maladie grave ; car, en supposant le cas le moins défavorable, que l'on ait affaire à un phlegmon du tissu cellulaire, on ne pourra donner issue au pus que lorsqu'il formera déjà une collection assez considérable ; avant cette époque on n'osera plonger un bistouri dans cette région, dans la crainte de blesser des organes importants ; or, il est bien difficile qu'après une longue attente il ne se soit pas formé quelques culs-de-sac, quelques fusées purulentes qu'on ne tarira pas aisément ; et en outre quand, après bien des peines et peut-être plusieurs contre-ouvertures, on aura obtenu la cicatrisation, la guérison ne sera pas complète, car le tissu cellulaire sera ou détruit ou induré dans plusieurs points ; les mouvements resteront difficiles, et peut-être y aura-t-il une fausse ankylose. On voit donc que l'abcès du jarret, dans la supposition même la plus avantageuse, est toujours une maladie sur laquelle il faut porter un pronostic fâcheux.

Le traitement offre ceci d'embarrassant, qu'il nécessite en quelque sorte deux choses incompatibles. Il faudrait ouvrir ces abcès dès que la collection purulente s'établit, et cependant on ne peut guère procéder à cette ouverture que lorsque l'abcès a déjà acquis un développement considérable. Si on pouvait, en effet, donner issue au pus quand il existe encore en petite quantité, il n'y aurait ni déperdition sensible, ni induration du tissu cellulaire : la plaie se refermerait sans autres conséquences fâcheuses ; mais comment oser porter un bistouri dans cette région avant d'avoir bien reconnu la collection purulente, s'exposant ainsi à faire une blessure des plus dangereuses. Cependant il faut, dans ces cas difficiles, saisir toutes les indications. La fluctuation n'est pas toujours facilement sentie, mais il est d'autres signes qui annoncent la formation de l'abcès. Ainsi, si le sujet est jeune, bien constitué, et si l'inflammation est aiguë, il doit, au bout de dix ou quinze jours, exister de la suppuration, bien qu'en palpant la partie on ne trouve que de l'empâtement.

Lorsque, par une investigation faite avec soin, on a constaté l'existence d'une collection purulente, il faut choisir le point où l'on ouvrira l'abcès ; mais il faut savoir que si pour reconnaître la fluctuation on presse avec les doigts sur le milieu de l'espace poplité, le pus fuit sur les côtés et qu'on ne le retrouve plus ; si, au contraire, on presse sur les côtés, il fuse vers le milieu ; en sorte que cette investigation devient insuffisante. Pour obvier à cet inconvénient, il est nécessaire que les côtés du jarret soient préalablement embrassés par la main du chirurgien ou d'un aide, ou bien que l'on comprime fortement la partie moyenne, afin de forcer le pus à s'agglomérer sur un seul point. Cela fait, il faudra donner issue au liquide par un coup de bistouri ; mais cette opération n'est pas sans danger et demande à être faite avec soin. On sait que les vaisseaux qu'il faut éviter sont situés un peu plus du côté du bord interne que du bord externe du jarret ; c'est donc en dehors des

Digitized by Google

vaisseaux que le pus s'accumule en général. On peut couper les tissus couche par couche ou d'un seul coup; ou enfin, s'il restait du doute sur la situation des parties, enfoncer préalablement une aiguille à cataracte, en agrandissant ensuite l'ouverture avec un bistouri étroit.

Ce que nous avons dit des abcès du jarret suffit pour prouver que ces collections purulentes diffèrent essentiellement de toutes celles qui sont placées sur les autres parties du corps, et qu'elles méritent, tant par leur gravité que par la difficulté du diagnostic, de fixer toute l'attention des praticiens (1).

JOURNAL DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT. — Mai 1840.

Des abcès qui surviennent en diverses parties du corps pendant le cours des maladies de l'appareil urinaire et pendant celui du traitement dirigé contre elles; par M. CIVIALE.

Je vais examiner ici un point important de pathologie, qui paraît avoir été négligé entièrement par mes devanciers, si l'on en juge d'après le silence qu'ils gardent à son égard. Il s'agit néanmoins d'états morbides graves, dont les exemples se multiplient chaque jour davantage, depuis qu'on a songé à s'en occuper, et qui méritent d'autant plus d'être étudiés avec soin, que les ressources de l'art deviennent inutiles quand on ne se hâte pas de les appliquer en temps opportun.

Il arrive quelquefois, durant le cours de la blennorrhagie et autres maladies de l'urètre ou de plusieurs des lésions auxquelles la prostate est sujette, par suite de la strangurie, de la dysurie ou de la présence d'un corps étranger dans la vessie, enfin pendant le traitement de ces diverses affections, que certaines parties du corps, notamment les extrémités et les grandes articulations, sont attaquées de douleurs, tantôt vagues, diffuses, sourdes, profondes; tantôt vives, aiguës, circonscrites, qu'assez généralement on prend ou pour des symptômes de rhumatisme, ou pour des abcès phlegmoneux suivant la forme qu'affecte l'inflammation. Mais bientôt la maladie revêt des caractères nouveaux, qui conduisent le praticien à rectifier son diagnostic. Si on l'abandonne à elle-même, la phlegmasie se circonscrit de plus en plus et se termine par de vastes abcès, différents à plusieurs égards de ceux qui surviennent dans le phlegmon ordinaire.

Avant d'aller plus loin, je rapporterai un cas qui s'est présenté à mon observation, il y a quelques années, et qui m'a beaucoup frappé. Un officier de marine, âgé de trente-six ans, était attaqué d'un rétrécissement de l'urètre, source d'accidents dont la cause méconnue avait été faussement rattachée à une affection calculeuse. La coarctation était peu avancée; je conseillai l'usage des bougies, que le malade s'introduisit lui-même. Le désir d'accélérer sa guérison le fit sans doute procéder à la dilatation d'une manière trop rapide. Telle fut, du moins, la cause à laquelle on rapporta un accès de fièvre qui éclata au bout de quelques jours. Cet accès se reproduisit, accompagné de malaise, d'inquiétude et de douleurs vagues dans les membres, la jambe gauche notamment. Il survint un peu de toux et beaucoup d'anxiété; la langue se sécha et rougit; la douleur quitta la jambe et fixa son siége à l'épaule droite, où elle devint très-aiguë. Alors seulement je fus appelé. Un abcès superficiel existait au-devant du scrotum, j'en fis l'ouverture. Une petite sonde introduite dans la vessie évacua une urine d'un jaune orange foncé et fétide. Au moment où je vis le malade, la douleur de l'épaule était accompagnée de rougeur de la peau et de gonflement. On employa les antiphlogistiques qui demeurèrent sans résultat, et l'inflammation se termina par un vaste abcès, d'où sortit une grande quantité de pus lactescent, mal lié et très-fétide. La suppuration qui suivit l'ouverture de cet abcès fut assez abondante, sans toutefois faire craindre qu'elle

---

(1) Quelques jours après avoir fait ces leçons sur les abcès du jarret, M. le professeur Velpeau présenta aux élèves une pièce anatomique qui démontrait l'exactitude d'une partie de ses réflexions sur ce sujet. La jeune fille couchée au nº 2 succomba. Elle avait été prise, sans cause connue, d'une inflammation gangréneuse de la jambe gauche. Cette inflammation s'était promptement terminée par un vaste abcès avec chute des téguments sphacélés. Quand elle entra à l'hôpital elle présentait vers la partie moyenne de la jambe une vaste ouverture, et des fusées purulentes se dirigeaient dans diverses parties du membre, indiquant une cause profonde à ces graves désordres. Il survenait en même temps un gonflement au genou et au creux du jarret du côté opposé. Ce gonflement prit bientôt les caractères d'un abcès du jarret, et il était aisé de voir que le pus remontait dans cette région de la partie supérieure de la jambe. L'ouverture en fut faite au côté interne et inférieur de la cuisse. Cette jeune fille, épuisée en outre par une diarrhée abondante, ne tarda pas à succomber. L'autopsie a montré une vaste périostite avec nécrose du tibia et du péroné, fusées purulentes remontant dans le jarret, et diffusion du pus jusqu'à la partie supérieure de la cuisse.

La jeune fille couchée au nº 23, au contraire, portait un abcès idiopathique circonscrit dans le jarret. Une ouverture ayant donné issue au pus, la guérison ne s'est pas longtemps fait attendre. Enfin, un homme couché au nº 11 présentait des fusées purulentes s'étendant dans l'épaisseur des muscles de la jambe; mais comme il n'y avait probablement point de périostite, que la lésion était moins profonde, il allait mieux et on espérait en obtenir la guérison. (*Note du Réd.*)

Digitized by Google

entraînât l'épuisement du malade. A la jambe gauche se forma un autre petit abcès superficiel, qui s'ouvrit de lui-même et donna issue à un pus semblable à celui de l'épaule. Bientôt la suppuration se tarit du côté de la jambe et diminua d'une manière sensible à l'épaule. Mais l'état général, au lieu de s'améliorer, empira de plus en plus, et le malade mourut dans un état complet d'anéantissement, quoique tellement irritable qu'à peine pouvait-on le toucher, du moins dans les derniers temps de sa vie.

Jusqu'à la mort, l'urine conserva la couleur orange foncé dont j'ai parlé. Cette couleur, que j'ai observée dans plusieurs autres cas, m'a paru dépendre spécialement d'un vice de la sécrétion rénale. Elle s'accompagne d'une fétidité assez prononcée. Le praticien ne saurait trop y faire attention; toutes les fois que je l'ai rencontrée, la maladie a été fort grave, et j'insiste beaucoup sur elle; car il ne s'agit là, ni d'un dépôt quelconque, ni de ce qu'on appelle urines concentrées, épaisses, bourbeuses: le liquide offre la teinte orangée, quelque abondant qu'il soit. A part sa couleur et son odeur fétide, l'urine est à l'état normal. La fétidité manque même quelquefois.

Le développement d'un état morbide si grave, sans cause appréciable, la marche des accidents et leur terminaison funeste, suffisaient et au delà pour fixer mon attention. En consultant mes notes, j'ai trouvé quelques cas qui avaient de l'analogie avec celui dont je viens de rapporter les principaux traits. Bientôt la pratique m'en présenta d'autres, de plusieurs desquels j'ai donné les détails dans la première partie de mon traité sur les maladies des organes urinaires; d'autres encore ont été observés, spécialement par MM. Lallemand et Sanson, et tout récemment il s'en est présenté deux dans mon service à l'hôpital Necker. D'où je me crois autorisé à conclure qu'ils ne sont point rares.

Chez les sujets qui se sont offerts à moi, je n'ai découvert aucune prédisposition spéciale qui pût faire présumer la manifestation des accidents dont il s'agit. Tous étaient des adultes. Le tempérament nerveux prédominait chez plusieurs; mais d'autres avaient une constitution lymphatique bien prononcée. Dans quatre cas il existait un rétrécissement urétral, et ce fut pendant le traitement de cette coarctation, une fois par la cautérisation, et les trois autres par la dilatation temporaire, que les abcès se formèrent. Dans un cinquième cas, il y avait à combattre de graves désordres du côté du col vésical, et ce fut de même pendant le cours d'un traitement rationnel qu'on vit survenir un dépôt énorme au dos, consécutivement à plusieurs abcès existant dans la cavité pelvienne; les autres malades étaient calculeux. Chez l'un, des abcès apparurent pendant le traitement par la lithotritie; chez un second, l'expulsion spontanée d'un petit calcul détermina les accidents; chez les autres, ceux-ci eurent lieu avant qu'on eût procédé à la destruction de la pierre. Ainsi, dans tous ces cas, il y avait déjà état morbide de l'urètre, du col de la vessie ou de son corps, et l'exaspération de l'irritabilité ou de la phlegmasie locale, soit par le traitement, soit par les seuls progrès de la maladie, a paru être la cause déterminante du développement de l'inflammation dans des parties qui semblaient n'avoir aucun rapport spécial ou direct avec les organes primitivement affectés.

Ce qui frappe le plus, quand les douleurs accidentelles se manifestent, c'est l'espèce d'empâtement et d'engourdissement du point où elles se fixent, lors même qu'il existe à peine du gonflement; c'est l'état d'hébétude, d'affaissement, de malaise général, d'anxiété, qui contraste d'une manière frappante avec la douleur locale, généralement sourde et diffuse dans les premiers moments. Rarement, en effet, on remarque d'abord une franche attaque de rhumatisme. C'est plus tard seulement que les douleurs acquièrent de l'intensité, de l'acuité; encore même ne suffisent-elles presque jamais pour rendre compte des phénomènes généraux dont l'inexplicable gravité va toujours croissant. Presque toujours il y a perte complète de l'appétit et du sommeil, prostration considérable des forces, amaigrissement rapide, aridité de la langue, petite toux sèche et fatigante, trouble des facultés intellectuelles, délire. Le début de tous ces accidents est un accès de fièvre plus ou moins fort, qui tantôt se reproduit les jours suivants avec beaucoup de régularité, et tantôt se convertit en une fièvre continue. Le pouls est, en général, faible mais fréquent. Chez un malade dont je rapporterai l'observation, on avait de la peine à découvrir l'artère. Ces particularités réunies à la coloration spéciale de l'urine doivent faire craindre la formation des abcès dont je m'occupe, bien qu'il n'y ait encore, sur le point douloureux, ni rougeur, ni gonflement, ni aucun des indices qui ont coutume d'annoncer une collection purulente. Mais ces indices ne tardent pas à paraître. Seulement il est trop tard.

Une autre circonstance que j'ai remarquée, est la tendance de la maladie à changer de place. Presque toujours, elle apparaît en divers points à la fois ou successivement, avant, de se fixer. Souvent même, à mesure qu'on l'attaque dans son siége primitif, elle se développe ailleurs. Dans quelques cas l'urètre et le col vésical sont d'une irritabilité excessive; dans d'autres, cette disposition n'existe pas, et la fièvre semble constituer toute la maladie jusqu'à ce que les symptômes locaux aient atteint le degré de gravité qui les signale plus tard. Dans les cas de cette dernière catégorie, il faut

Digitized by Google

suivre pas à pas la marche des désordres, si l'on veut découvrir l'influence que l'appareil urinaire exerce.

Une chose digne de remarque, c'est la coïncidence d'abcès au scrotum, au périnée, ou dans le voisinage de l'urètre ou du col de la vessie, avec ceux qui se forment dans des parties plus ou moins éloignées. Je n'ai point aperçu de différence dans la suppuration provenant de l'un et l'autre point. Sans décider formellement la question, cette coïncidence, jointe à quelques autres particularités que j'ai notées, autorise à penser que la même influence s'exerce dans les deux régions. On sait d'ailleurs, par les faits dont j'ai donné les détails, et par d'autres qu'ont recueillis divers observateurs, qu'un grand nombre d'abcès au périnée, au scrotum, au sacrum, au pubis, à l'anus, à la partie interne et supérieure des cuisses, surviennent par suite des maladies de l'urètre et de la vessie, pendant le traitement dirigé contre elles, sans qu'on puisse découvrir la moindre trace de communication entre leur foyer et la poche urinaire ou son conduit excréteur, quoiqu'évidemment le point de départ de la formation des collections purulentes soit dans l'appareil urinaire. Or, entre ces abcès si fréquents et ceux dont je parle, il n'y a qu'une différence de quelques centimètres de plus entre le point de départ de l'ébranlement et le siége de la suppuration.

Du reste, pour les abcès qui sont le sujet de cette note, il m'a été également impossible d'apercevoir aucun vestige de communication entre eux et l'appareil urinaire. A la vérité, les autopsies sont peu nombreuses encore, et la plupart d'ailleurs n'ont pas été faites avec tout le soin désirable. Une fois seulement j'ai remarqué une traînée douloureuse à la partie interne de la cuisse depuis la branche de l'ischion jusqu'au foyer purulent qui occupait la partie interne de la jambe. Dans un cas récent dont je vais donner les principaux détails, j'ai pu constater, d'une manière plus rigoureuse, les désordres qu'avait causés la maladie.

Un journalier, âgé de cinquante-quatre ans, d'une constitution faible, d'un tempérament nerveux, ressentit, il y a deux ans, du côté des voies urinaires, quelques symptômes propres à faire soupçonner l'existence d'un calcul; on combattit en vain ces accidents par des moyens du ressort de la médecine. On eut enfin recours à la sonde, et la pierre ayant été reconnue, on prescrit les carbonates alcalins, que le malade prit en abondance, sans éprouver aucun soulagement, ce qui le détermina à se faire admettre dans mon service. Je m'assurai par le cathétérisme ordinaire que la vessie contenait plusieurs calculs qui me parurent peu volumineux. Sous ce rapport les conditions paraissaient favorables à la lithotritie; mais l'urètre et le col vésical étaient d'une irritabilité telle, que je crus devoir ajourner tout traitement spécial contre la pierre, et me borner à combattre cette disposition fâcheuse par des moyens appropriés. Le malade venait de la province, il était fatigué. Le repos, les bains, les boissons abondantes, les lavements émollients et même calmants, et un régime très-doux amenèrent, pendant quelques jours, une amélioration qui ne se soutint pas. Sans nulle autre cause qu'une légère douleur à la région lombaire, il survint un accès de fièvre. Le lendemain cet accès reparut avec plus de force, et l'urine prit une teinte safranée, ce qui m'inspira des inquiétudes. Néanmoins, comme il ne présentait point d'indication spéciale à remplir, je me bornai aux émollients et à l'application de quatre ventouses scarifiées sur le point douloureux de la région lombaire. Je prescrivis aussi des laxatifs pour faire cesser une constipation qui avait succédé au premier accès de fièvre. Le sixième jour de cet état, qu'une sorte de pressentiment me fit juger fort grave, l'articulation du genou fut prise avec violence; le lendemain, celle du pied le fut également. On appliqua des sangsues, et l'on couvrit les points douloureux de cataplasmes laudanisés. La douleur locale se calma, mais l'état général s'aggravait d'une manière notable, la langue était sèche, le pouls petit, concentré et à peine perceptible; il y avait un peu de toux, une tristesse profonde et une sorte de prostration. L'urine continuait d'être abondante quoiqu'elle n'eût pas changé de teinte; du reste, les douleurs articulaires étaient tolérables, et à peine y avait-il du gonflement. Au bout de deux jours parut un peu d'empâtement au-dessus de la malléole; on pratiqua quelques mouchetures qui donnèrent issue à de la sérosité jaunâtre. Le lendemain, en examinant le membre, je reconnus que l'inflammation avait établi son siége dans la profondeur du mollet. Deux incisions furent faites; il ne s'en écoula que du sang et de la sérosité sanguinolente; nulle amélioration n'eut lieu, et le jour suivant, l'appareil qui recouvrait les plaies était à peine mouillé. Ce ne fut que le surlendemain qu'on remarqua une petite quantité de pus; les jours suivants la suppuration devint si abondante qu'on pouvait craindre qu'elle n'épuisât les forces. Cependant l'état général paraissait s'amender; la langue s'humecta, mais le pouls était toujours filiforme. Le malade prit quelques bouillons, des potions légèrement toniques. L'espérance commençait à renaître, d'autant plus que l'urine avait déjà perdu une partie de sa couleur foncée, lorsque l'articulation du genou se prit de nouveau. Il y eut des douleurs atroces, et en même temps un accès de fièvre qui persista les jours suivants, bien qu'à un moindre degré, la langue redevint sèche, le dévoiement

Digitized by Google

se déclara, la prostration fit des progrès de jour en jour, et le malade mourut.

Aucune lésion grave n'existait à la poitrine ni dans l'abdomen; l'appareil urinaire lui-même ne s'écartait pas de l'état normal, seulement la vessie était un peu hypertrophiée et contenait deux calculs aplatis de volume moyen; la prostate avait aussi un peu plus de volume qu'à l'ordinaire. Il y avait une petite quantité de pus dans l'articulation fémoro-tibiale. Les cartilages d'incrustation étaient en partie détachés des os, qui se trouvaient ainsi en contact avec le pus, et qui déjà étaient altérés assez profondément dans quelques points. Au-dessus de la rotule et du côté externe existait un petit foyer touchant au fémur, dont le périoste était attaqué. Le tissu cellulaire du jarret était induré. A partir de ce point, et jusqu'au-dessous de la malléole, on découvrait les traces d'un vaste foyer, profondément situé, au milieu duquel les muscles paraissaient intacts, mais denudés. Inférieurement le pus avait fusé le long des tendons. Les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané étaient intacts. Les deux incisions pratiquées à la partie postérieure de la jambe communiquaient avec le foyer.

Le traitement est hérissé de difficultés qui naissent principalement de l'incertitude du diagnostic.

Dans les premiers cas que j'ai rencontrés, j'eus recours aux antiphlogistiques, et dès que l'abcès fut formé, je me comportai comme on a coutume de le faire, en donnant issue au pus et en favorisant le dégorgement des tissus, sans négliger les obstacles qui pouvaient gêner l'excrétion de l'urine.

Les deux premiers malades succombèrent, moins par suite d'une suppuration excessive, ou par la violence des douleurs et des accidents locaux, que par l'effet de désordres généraux ayant une certaine analogie avec ceux qu'on observe dans les fièvres dites ataxiques.

Dans le troisième cas, un des plus graves qui se soient offerts à moi, je procédai encore de la même manière. Il y eut un grand nombre d'abcès à la jambe gauche; les premiers ne furent ouverts que quand la fluctuation y devint manifeste; ils suppurèrent abondamment et pendant longtemps. Pour les derniers abcès j'agis autrement : j'incisai aussitôt que l'inflammation fut localisée; il ne sortit qu'une sérosité d'abord sanguinolente, qui bientôt devint jaunâtre et filante : cet écoulement dura plusieurs jours. Dans quelques-uns de ces abcès, un peu de pus parut au bout de deux ou trois jours, et tout finit là, de manière que les derniers abcès, qu'une incision avait fait avorter, se trouvèrent guéris avant les premiers qui avaient parcouru les différentes phases de leur développement.

Dans le quatrième cas, que la pratique m'a fourni, les phénomènes n'ont pas présenté la même régularité. Il n'y eut qu'un abcès à la partie moyenne de la cuisse; mais cet abcès était profond, l'empâtement peu considérable, la douleur peu vive. Sans les symptômes généraux qui avaient précédé et qui persistaient encore, si surtout mon attention n'avait pas été mise en éveil par des faits précédents, j'aurais considéré l'inflammation de la cuisse comme peu grave. Je fis une incision fort étendue et très-profonde; le pus était déjà formé; il s'écoula une assez grande quantité de sanie purulente qui continua les jours suivants. L'accident local se borna là, et les symptômes généraux disparurent. Cependant le malade conservait du malaise, la convalescence marchait lentement; le simple passage d'une bougie dans l'urètre fut suivi d'un accès de fièvre. Je crus devoir ajourner le traitement de l'affection calculeuse pour lequel le malade était entré à l'hôpital.

Le cinquième malade était calculeux aussi, et ce fut pendant le traitement par la lithotritie que se développa une vaste inflammation à la partie inférieure de la jambe. Sous le rapport de l'affection calculeuse et de l'état des organes urinaires, il n'y avait rien de particulier, la pierre était de médiocre grosseur. Toutefois, au début du traitement, il survint quelques accès de fièvre et des douleurs rénales fort opiniâtres. On considéra comme la principale cause des accidents l'arrêt d'un fragment de calcul dans l'urètre, où il séjourna quelques heures. Tous les symptômes du côté des reins disparurent à la subite invasion d'une vive douleur dans le pied droit et au pourtour des malléoles. Du reste, on observait les phénomènes généraux que j'ai indiqués, et l'urine avait cette couleur safranée qui est caractéristique. On se borna à entourer le pied et le bas de la jambe avec des cataplasmes laudanisés. Le lendemain, la douleur du pied avait considérablement augmenté. Un gros bouton, développé derrière la malléole, s'ouvrit de lui-même, et laissa couler une sérosité jaunâtre, légèrement purulente, ou plutôt mêlée à quelques stries d'un pus mal lié. Il se forma un grand nombre d'abcès, la plupart petits et superficiels, à l'entour des malléoles ainsi qu'aux faces dorsale et plantaire du pied. Ceux de ces abcès qu'on ouvrit un peu trop tard donnèrent du pus, et la plaie persista plus longtemps. Quant aux points où l'incision fut faite au début de l'inflammation, il ne s'écoula, comme des mouchetures, qu'une sérosité sanguinolente, et l'on vit bientôt disparaître l'inflammation, qui demeura bornée au tissu cellulaire superficiel, en sorte que l'articulation ne fut point atteinte.

Enfin, dans les deux derniers cas que j'ai vus, et de l'un desquels je viens de donner la relation, les indications ont été plus vagues et surtout plus difficiles à remplir. L'inflammation, au lieu d'attaquer

Digitized by Google

le tissu cellulaire superficiel, établit son siége spécial dans le tissu inter-musculaire profond. Chez l'un des malades, il se manifesta d'abord un peu d'empâtement au-dessus de la malléole interne avec un peu de gonflement. Des mouchetures superficielles, mais très-nombreuses, donnèrent issue à une grande quantité de sérosité jaunâtre, et la phlegmasie disparut; mais bientôt l'articulation du genou fut envahie, tout le membre devint douloureux ainsi que l'avant-bras du côté opposé, et les accidents marchèrent avec tant de rapidité que le malade périt avant que l'inflammation eût parcouru ses périodes. Aussi ne trouva-t-on pas de foyer purulent, mais du pus répandu entre les muscles profonds et dans l'articulation du genou.

Ainsi le traitement diffère beaucoup de celui qu'on applique aux rhumatismes aigus et aux phlegmasies ordinaires. Toutes les fois que j'ai attendu l'évidence de la fluctuation pour ouvrir l'abcès, les malades ont couru les plus grands dangers, et plusieurs ont succombé. L'application de la méthode antiphlogistique exclusive contre ce travail inflammatoire n'a produit aucun résultat.

Voici quels sont les moyens qui m'ont le mieux réussi.

1° On pratique de nombreuses mouchetures sur toute la surface affectée, il s'en écoule une sérosité roussâtre ou d'un jaune foncé, en général très-abondante, et qui continue même pendant plusieurs jours. On couvre les petites plaies avec des cataplasmes émollients renouvelés trois ou quatre fois par jour. Chez deux des quatre malades dont j'ai obtenu la guérison, l'inflammation, qui était superficielle, a avorté sous l'influence de ce simple traitement.

2° Lorsque l'inflammation attaque en même temps le tissu cellulaire sous-cutané et celui qui est situé plus profondément, les mouchetures dégorgent les points superficiels, et y arrêtent les progrès du mal; mais le tissu inter-musculaire demeure empâté, induré, il s'enflamme et bientôt on a de vastes abcès. Le praticien se trouve d'autant plus embarrassé qu'il est souvent fort difficile, sinon même impossible, de déterminer l'étendue de la maladie, et qu'il craint de faire, sans nécessité, des incisions profondes. Dans le dernier cas, dont j'ai donné les détails, j'ai eu à regretter d'avoir cédé à ce sentiment : car, suivant toutes les probabilités, si je m'étais hâté davantage de pratiquer quatre ou cinq incisions larges et profondes, le dégorgement de tissus profonds se serait opéré, et je n'aurais pas eu à déplorer la perte du malade. De toute évidence, en effet, l'articulation du genou ne s'est prise que consécutivement, et un traitement plus énergique aurait peut-être prévenu l'énorme suppuration que j'ai eue à combattre. Donc, lorsque les mouchetures n'ont procuré qu'un soulagement incomplet et momentané, lorsque les symptômes généraux réunis à l'état local font présumer que le tissu cellulaire inter-musculaire est affecté, il ne faut point hésiter à diviser les parties qui couvrent ce tissu. On doit se comporter alors comme s'il s'agissait d'un épanchement d'urine. Il ne sortira que du sang avec lequel sera mêlée la sérosité roussâtre qu'on voit couler seule quand on ne divise que la peau; mais j'ai l'entière conviction que cette pratique seule peut prévenir des désordres contre lesquels les ressources de l'art deviennent ensuite inutiles.

Bull. de thérapeutique. — Avril 1840.

VARIÉTÉS.

De l'anatomie descriptive et chirurgicale des aponévroses et des membranes synoviales du pied, de leur application à la thérapeutique et à la médecine opératoire; par G.-E. Masliebrat-Lagémard, interne à l'Hôtel-Dieu, membre de la Société anatomique, etc.

Tous les anatomistes ont vu dans la plupart des parties qui entrent dans la structure du pied, les plus grandes analogies avec les parties correspondantes de la main, et des comparaisons extrêmement ingénieuses entre ces deux organes ont été faites par Vicq-d'Azyr, MM. Gerdy, Blainville, Blandin, etc. Parmi tant de similitudes, il existe cependant des différences, et je crois que la plupart affectent les aponévroses et les membranes synoviales. Cependant, elles ne sont pas assez grandes pour qu'on ne puisse les comparer et se servir de l'étude des unes pour parvenir plus sûrement à la connaissance des autres. Comme dans un précédent travail (*Gaz. méd.*, 1839), j'ai décrit les premières; comme les démonstrations que j'en ai faites sur mes pièces, soit à la Société anatomique, soit ailleurs, ont paru satisfaire par leur exactitude M. le professeur Cruveilhier, président de cette société, les membres qui s'y trouvaient et d'autres chirurgiens qui ont eu connaissance de mon travail, je crois devoir, comme je l'avais annoncé, faire connaître la disposition du pied sous ce rapport, disposition que, du reste, je n'ai trouvée décrite nulle part.

Mon ami M. le docteur Lacroix, prosecteur de la Faculté de médecine, avait eu le pied à préparer pour un concours, et, comme je l'avais fait pour la main, il s'est attaché à bien montrer la disposition des aponévroses de cet organe, sans étudier toutefois les membranes synoviales. Dans l'exposé qu'il a fait de ses recherches à la Société anatomique, j'ai eu la satisfaction de voir que, sauf quel-

ques très-légères modifications que je ferai connaître, il était arrivé au même résultat que moi; que surtout il avait vu l'aponévrose plantaire se terminer comme je l'avais décrit il y a un an pour la main, et comme depuis cette époque je l'avais vérifié un grand nombre de fois pour le pied.

Aponévroses du pied.

Au pied, comme à la main, on rencontre des aponévroses sur la face dorsale et sur la face plantaire; la disposition et l'importance ne sont pas les mêmes dans l'une et dans l'autre de ces régions; aussi méritent-elles une description isolée.

Aponévroses dorsales du pied.

Tous les anatomistes qui se sont le plus occupés de la description des aponévroses n'ont décrit à la face dorsale du pied qu'une seule lame fibreuse se continuant en haut avec la terminaison des aponévroses jambières, sur les parties latérales, avec les os du pied, et en avant se confondant avec les enveloppes fibreuses des orteils. Je n'ai rien de plus à en dire. M. le professeur Gerdy a signalé une seconde lame qui recouvre la face dorsale des muscles inter-osseux, lame forte et résistante qui se comporte très-exactement au pied comme à la main, et sur laquelle je n'insisterai pas plus longuement. M. Lacroix en a décrit une troisième qu'on ne peut révoquer en doute; elle recouvre la face dorsale du muscle pédieux; c'est la plus mince des trois, et s'insérant en arrière des attaches de ce muscle, elle enveloppe ses tendons en avant, en se perdant peu à peu dans le tissu cellulaire des orteils.

De cette disposition, il résulte que les tendons des extenseurs des orteils sont compris entre la lame aponévrotique superficielle, et l'enveloppe du muscle pédieux, et que ce muscle est à son tour protégé par le feuillet qui lui est propre, et celui qui appartient à la face dorsale des inter-osseux : on voit que de cette manière il rentre dans la règle générale de M. Gerdy que chaque muscle a une enveloppe particulière.

Aponévroses plantaires du pied.

Lorsque M. Gerdy a dit que l'aponévrose plantaire se divise en une gaîne interne, une moyenne et une externe, que la première renferme les muscles abducteurs et court fléchisseur des gros orteils, l'artère plantaire interne et une partie du nerf correspondant; que la moyenne contient dans sa cavité le court fléchisseur, et que la troisième, enfin, contient les muscles du cinquième orteil; que les muscles inter-osseux ont une enveloppe propre, et que l'aponévrose plantaire moyenne se dédouble pour recouvrir l'accessoire du long fléchisseur; quand, dis-je, tous ces détails ont été bien indiqués, il ne reste que fort peu de chose à ajouter, si ce n'est pour la terminaison digitale de cette aponévrose, qui, de même que celle de la main, n'avait pas été décrite d'une manière exacte avant moi.

M. Lacroix a vu à la face plantaire, comme à la face dorsale du pied, trois lames aponévrotiques superposées les unes aux autres, et je crois que, dans ses recherches, il n'a fait que confirmer la disposition qu'avait déjà indiquée M. Gerdy. En effet, l'aponévrose moyenne de M. Lacroix, qui recouvre la face inférieure du muscle accessoire du long fléchisseur des orteils, n'est rien autre chose, selon moi, que la partie dédoublée du feuillet moyen de l'aponévrose plantaire de M. Gerdy, qui se trouve avoir les mêmes insertions et les mêmes rapports. Quant à la plus supérieure, qui ne commence plus en arrière au calcanéum, comme les deux précédentes, mais bien sur l'enveloppe fibreuse du tendon du muscle long péronier latéral, elle constitue le feuillet inférieur des muscles inter-osseux, feuillet et ses diverses cloisons que le professeur a très-bien fait connaître.

De tout ce que je viens de dire, *il résulte que* l'aponévrose plantaire proprement dite se divise en trois lames secondaires dont la plus forte et la plus résistante est la médiane. Les deux latérales qui sont destinées à recouvrir les muscles du premier et du cinquième orteils sont séparées de la précédente et des muscles qu'elle enveloppe, par des cloisons fibreuses dirigées vers les os du pied, sur lesquels elles vont adhérer, cloisons qui ne sont que des prolongements de l'aponévrose plantaire, et qui donnent insertion en dedans et en dehors à une partie des fibres des muscles qui ont des connexions avec elles.

Quant aux lames moyennes et supérieures celles de l'accessoire continue avec le feuillet moyen de l'aponévrose plantaire, et celle des inter-osseux vient se terminer en avant sur la tête des métatarsiens et l'extrémité supérieure des premières phalanges.

La cloison qui sépare le feuillet moyen d'un feuillet interne de l'aponévrose plantaire, parvenue au niveau de la première articulation métatarso-cunéenne, devient beaucoup plus forte et plus résistante, et elle adhère très-solidement à l'extrémité postérieure du premier métatarsien, au premier cunéiforme et à la cloison fibreuse du tendon du muscle long péronier latéral qui vient se terminer dans ce point. A ce niveau, elle forme une arcade véritable qui embrasse et qui maintient très-solidement en place le tendon du muscle long fléchisseur propre du gros orteil au moment où ce muscle, de

Digitized by Google

médian qu'il était à la partie postérieure de la plante du pied, devient oblique en dedans pour aller gagner le doigt auquel il est destiné. Sans cette circonstance, pendant sa contraction, la courbe qu'il décrit se serait effacée, et en se rapprochant de la ligne droite, il n'aurait pas manqué de comprimer douloureusement les fibres de l'adducteur et du court fléchisseur, au milieu desquels il est placé. Du reste, j'insiste sur cette arcade, parce qu'elle est importante, comme je l'indiquerai plus tard, pour bien compendre la disposition de la membrane synoviale qui enveloppe ce tendon.

Le feuillet moyen de l'aponévrose plantaire, et qui en constitue la partie la plus forte et la plus étendue, est le seul sur la terminaison antérieure duquel je doive maintenant insister.

Comme l'aponévrose de la main, celle du pied, à mesure qu'elle gagne la base des doigts, va en s'élargissant de plus en plus et prend une forme tout à fait triangulaire; elle constitue bientôt des faisceaux tout à fait isolés qui sont plus nombreux qu'à la main; car, à cette dernière, le pouce n'en reçoit pas, tandis que le gros orteil est, sous ce rapport, conformé comme celui qui l'avoisine. Elle se divise donc en cinq faisceaux très forts qui vont se porter à la base de chaque orteil.

Entre ceux-ci, il s'en rencontre quatre autres plus minces, plus superficiels, dont les fibres ne sont pour ainsi dire pas agglomérées entre elles, et qui se dirigent au niveau des espaces inter-métatarsiens. Ils sont les analogues des trois que j'ai décrits à la main; car, entre le pouce et l'indicateur, il n'en existe pas; ils vont adhérer sur la face interne du derme, sur ces bourrelets graisseux à la base des doigts et dans leur intervalle.

Les faisceaux digitaux proprement dits ne se bifurquent pas au niveau de l'articulation metatarso-phalangienne pour laisser passer les tendons des fléchisseurs, comme tous les auteurs l'ont répété pour le pied et pour la main; ils ont au pied la même disposition que j'ai signalée à la main; c'est-à-dire que des fibres plus nombreuses se portent de chaque côté du tendon, et dont les unes se fixent sur le ligament métatarsien inférieur; les autres sur la tête même de ces os ou des phalanges; d'autres enfin se continuent avec les gaînes fibreuses des orteils; mais il en est qui existent constamment, qui suivent la direction primitive de l'aponévrose et qui vont concourir à la formation de cette même enveloppe fibreuse des tendons fléchisseurs des orteils; elles leur forment une enveloppe complète, de manière à les isoler de la peau et à les tenir renfermés dans une gaîne fibreuse. Sans cette disposition, ces tendons, dans la flexion des doigts, représenteraient la corde d'un arc de cercle, et alors ils appuieraient directement sur la peau, la refouleraient en dehors d'une manière douloureuse; ils produiraient normalement ce que détermine dans son état pathologique la rétraction de l'aponévrose palmaire. Au point dont je parle, les fibres aponévrotiques sont plus minces, moins nombreuses, afin de ne gêner en rien les mouvements de flexion et d'extension, mais elles n'en existent pas moins pour maintenir le tendon dans la place qu'il doit occuper. Du reste, M. le docteur Lacroix, comme je l'avais montré pour la main, a parfaitement reconnu cette disposition au pied.

Outre les faisceaux que je viens de signaler, il existe encore dans leur intervalle et à l'union des phalanges et des métatarsiens des espèces de cerceaux fibreux dirigés dans le sens transversal, placés plus profondément que les faisceaux cutanés, s'étendant d'un faisceau digital à l'autre, et formant des ouvertures destinées à livrer passage aux muscles lombricaux, aux nerfs et aux vaisseaux inter-osseux. Ils constituent en grande partie le ligament métatarsien inférieur et s'insèrent sur les parties latérales du métatarsien et des phalanges. Un grand nombre de leurs fibres s'entrecroisent avec les fibres longitudinales du faisceau digital, concourent de la sorte à la formation des enveloppes ligamenteuses des tendons des muscles fléchisseurs des orteils. On voit qu'ils ont absolument la même disposition qu'à la main, où il existe un cerceau de moins; car l'espace compris entre le pouce et l'indicateur en est dépourvu.

Telles sont les particularités que j'avais à faire connaître sur la disposition des aponévroses du pied. Si je n'en donne pas ici une description plus complète, c'est que je ne ferais que répéter celles qu'on trouve dans tous les traités d'anatomie; je n'ai insisté que sur des points qu'on n'avait pas décrits jusque-là avec assez d'exactitude.

Des membranes synoviales des tendons des muscles du pied.

Tous les tendons qui, de la jambe, vont s'insérer au pied, sont enveloppés de membranes synoviales dont l'étude est importante, tant sous le rapport anatomico-physiologique, que par les applications qu'on en peut faire à la pathologie et à la médecine opératoire. Comme ces tendons, les membranes séreuses se rencontrent aux faces dorsale et plantaire du pied; il en est même, comme je l'indiquerai, qui occupent ses régions latérales.

Synoviales dorsales du pied.

Chacun des trois tendons qui passent sous le ligament annulaire du tarse est enveloppé à son niveau par une bande muqueuse constamment humide, et

Digitized by Google

qui doit par là faciliter son glissement. Toutes forment un cul-de-sac au-dessus et au-dessous de ce ligament, et sont complétement isolées les unes des autres. Le tendon du péronier antérieur, lorsqu'il existe, reçoit une expansion de celle de l'extenseur commun, qui est la plus considérable des trois ; puis vient celle du jambier antérieur qui remonte le plus du côté de la jambe, tandis que celle du tendon de l'extenseur propre du gros orteil, qui est la plus petite, s'étend le plus bas sur la face dorsale du pied.

Il est inutile que je répète ici le procédé que j'ai mis en usage pour en faciliter l'étude. Pour le pied comme pour la main je me suis servi de l'insufflation qui est le moyen de beaucoup le plus sûr et le plus facile.

Synoviales latérales du pied.

Tous les tendons qui occupent les régions latérales du pied ne s'y terminent pas ; aussi n'existe-t-il que les séreuses des tendons des muscles court péronier latéral et jambier postérieur qui ne soient pas plus étendues. Celles du fléchisseur propre y commencent par se continuer sous la plante du pied comme je l'indiquerai plus tard.

Le tendon du long péronier latéral est enveloppé par deux bourses parfaitement indépendantes l'une de l'autre ; la première occupe la partie verticale et s'arrête sur le côté externe du calcanéum; tandis que la seconde commence au niveau du point où ce tendon se réfléchit sur cet os pour se porter horizontalement sous la plante du pied ; de là elle l'accompagne jusqu'à son insertion à l'extrémité postérieure du premier métatarsien. Celle-ci, comme on le voit, fait partie de celles de la face plantaire, et un peu plus tard je reviendrai sur ces connexions, car je la considère comme une des plus importantes.

Membranes synoviales de la face plantaire du pied.

La voûte calcanéenne qui peut être considérée comme l'analogue de la voûte formée à la main par la face antérieure du carpe et son ligament antérieur, ne livre passage qu'au tendon non encore divisé du muscle long fléchisseur commun des orteils et à celui du long fléchisseur propre du gros orteil. Là, comme à la main, doit se trouver une membrane synoviale; mais elle est tellement différente dans la manière dont elle se comporte autour de ces tendons, qu'elle ne paraît pas représenter celle de la main dans la même région, bien que cependant elle soit son analogue.

J'ai montré en effet qu'une seule enveloppe était commune à tous les tendons des muscles fléchisseurs de la main et des doigts, et qu'en l'insufflant sous le ligament annulaire, on trouvait qu'il y avait une communication constante entre celle-ci et la gaîne des tendons du pouce et du petit doigt. Qu'en insufflant par l'extrémité de l'un ou de l'autre de ces doigts on remplissait celle du carpe, tandis que celles des trois doigts du milieu, non-seulement ne communiquaient pas entre elles, mais ne s'étendaient qu'à quelques lignes, au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne sans jamais aller jusqu'à celle du carpe.

Au pied, nous ne trouverons rien de semblable, et les conséquences que nous en tirerons plus tard différeront autant que la disposition anatomique que nous allons signaler.

Deux membranes bien isolées l'une de l'autre peuvent être étudiées séparément.

A partir du point où le tendon du muscle long fléchisseur commun des orteils s'engage dans la coulisse fibreuse qui lui est propre jusqu'au moment où, à la plante du pied, le muscle accessoire vient adhérer à lui, il est enveloppé par une synoviale propre, isolée, peu étendue, et n'ayant aucune communication avec aucune autre, si ce n'est dans quelques cas avec celle du jambier postérieur. On ne peut la considérer comme représentant celle qui occupe la face antérieure du carpe.

La seconde qui se rencontre au pied et qu'on ne trouve pas isolée à la main appartient au tendon du muscle long fléchisseur propre du gros orteil ; et elle peut, mieux que la précédente, représenter celle du membre supérieur ; comme elle, en effet, elle forme une vaste poche à la partie inférieure de la jambe ; poche qui se trouve interposée entre la face postérieure des muscles profonds et la face antérieure du tendon d'Achille dont, sans doute, elle facilite les glissements sur les précédents ; elle s'étend de là sans être interrompue jusqu'à un demi-pouce environ de l'endroit où le tendon de ce muscle va s'engager sous l'arcade fibreuse dont j'ai parlé plus haut et s'y terminer complétement par un cul-de-sac. Elle diffère de celle du pouce, en ce sens qu'elle ne va pas jusqu'à l'insertion du tendon fléchisseur, tandis qu'à la main on l'insuffle en totalité, en commençant par l'extrémité du doigt ; si l'on ne peut obtenir au pied le même résultat, c'est que pour le gros orteil elle se comporte comme celle des doigts du milieu de la main : elle ne dépasse que de quelques lignes l'articulation métatarso-phalangienne du pouce, comme le fait celle de tous les autres orteils. Enfin sous l'arcade fibreuse dont j'ai parlé il existe une dernière petite enveloppe limitée autour d'elle, et qui n'a aucune communication avec celle qui est supérieure et postérieure, ni avec celle qui se prolonge jusqu'à l'extrémité de l'orteil.

Les quatre tendons du fléchisseur commun sont enveloppés par une synoviale qui se comporte très-

Digitized by Google

exactement autour d'eux, comme le fait celle de la main : elle dépasse un peu en arrière les articulations métatarso-phalangiennes. Celle du petit orteil ne diffère en rien de celle des quatre autres.

Ainsi la disposition des synoviales des doigts du pied diffère de celle de la main, en ce que le premier et le cinquième de celle-ci en ont une qui est commune avec celle des tendons situés sur la face antérieure du carpe, tandis que dans celui-là elle est la même pour tous les orteils. Ce n'est pas seulement une différence importante sous le rapport de l'anatomie, elle l'est aussi sous celui de la médecine opératoire.

Enfin, la dernière qu'on rencontre à la face plantaire du pied, et qui n'est pas la moins digne d'intérêt, est celle qui enveloppe la portion réfléchie du muscle long péronier latéral ; elle tapisse la face supérieure de la gaîne fibreuse qui protége ce tendon, et elle se trouve en contact immédiat avec la face inférieure de celles qui lubréfient les articulations tarso-métatarsiennes ; articulations qui, comme on le sait, communiquent avec celles du tarse, surtout entre le premier et le second cunéiforme.

Quelles sont les conséquences rigoureuses qu'on peut tirer de l'étude exacte des diverses enveloppes que je viens successivement de passer en revue : c'est ce qu'il s'agit maintenant d'examiner.

Application de ces notions anatomiques à la pathologie et à la médecine opératoire.

Lorsque Dupuytren établit le diagnostic différentiel de la rétraction permanente des doigts, il termine en disant que lorsque l'occasion s'en présentera, il parlera de celle des orteils qui est due à la même cause, la crispation de l'aponévrose plantaire. Dans son anatomie topographique, M. Blandin annonce cette rétraction de l'aponévrose comme pouvant survenir, mais il n'en cite aucun exemple ; je ne veux pas dire que parce qu'on ne l'a vue que très-rarement, si tant est qu'on l'ait observée, elle ne puisse pas survenir : bien loin de là ; car comme au pied se rencontre très-exactement la même disposition anatomique qu'à la main, nous devons conclure *à priori* que ces parties doivent être et sont en effet sujettes aux mêmes affections.

Comme la cause la plus fréquente de la rétraction de l'aponévrose palmaire, Dupuytren cite la flexion presque permanente des doigts que nécessitent certaines professions. Comme cette cause n'existe pour les orteils que dans des conditions tout à fait anormales; comme ils sont dans une extension continuelle par la pression sur le sol, ils doivent être beaucoup moins exposés aux conséquences qui résultent d'une position différente ; delà la très-grande rareté de la rétraction de l'aponévrose plantaire.

On comprend du reste que si elle apparaissait, elle devrait déterminer les mêmes phénomènes, et nécessiter très-rigoureusement le même traitement et le même procédé opératoire que celui que j'ai décrit pour la main et à la description duquel je renvoie.

Les bourses muqueuses du pied, comme celles de la main, sont sujettes à plusieurs affections dont la gravité varie en raison de l'étendue de la membrane synoviale et en raison du rapport qu'elle affecte avec les parties voisines.

Celles de la face dorsale du pied sont assez étendues, parce que quelquefois elles produisent des accidents graves. Elles sont en effet, par la disposition du ligament annulaire antérieur du tarse, susceptibles dans leurs inflammations de subir une espèce d'étranglement, et si par suite de leur distension de pus par exemple, elles se rompent par leur extrémité supérieure, il peut y avoir alors infiltration profonde entre les muscles antérieurs de la jambe et des abcès consécutifs étendus.

Les kystes séreux n'y sont pas rares et je n'ajouterai rien à l'histoire qui en est donnée dans les traités de chirurgie. Dans quelques cas, la sérosité est remplacée par du pus ou mélangée avec lui et les symptômes dépendant d'une inflammation plus intense annoncent aussi plus de gravité.

Obs. I. — Le nommé Deschamps, journalier, âgé de 21 ans, d'une forte constitution, entra le 14 février 1838 à l'hôpital des Cliniques et fut couché au nº 1 de la salle des hommes. Le malade avait l'habitude de porter des sabots, et il se fit il y a quelques jours une légère excoriation de la peau au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du côté gauche. Il survint un peu de rougeur, du gonflement et une douleur très-vive, surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Il fut pris en même temps de frissons irréguliers qui se reproduisirent deux ou trois fois ; il eut quelques engorgements dans le pli de l'aine correspondante, et ne pouvant continuer son travail, cet homme entra à l'hôpital où M. le professeur Jules Cloquet constata une tumeur bilobée s'étendant au-dessous du ligament annulaire antérieur du tarse, occupant le trajet du tendon du jambier antérieur.

Cette tumeur est fluctuante, et l'on sent le liquide d'une des extrémités à l'autre. La peau à ce niveau est rouge ; la pression y augmente les douleurs. Les symptômes généraux qu'a éprouvés le malade sont les mêmes.

Le professeur fait une incision dans le point le plus déclive de la tumeur, et il s'écoule du pus phlegmoneux mélangé à un liquide transparent, filant et ressemblant presque à du blanc d'œuf.

Il ne survint aucun accident, et le malade fut guéri au bout de quelques jours ; on fit exécuter de très-légers mouvements d'extension et de flexion du

Digitized by Google

pied, et les glissements du tendon du muscle jambier antérieur ne se trouvaient nullement gênés, lorsque le malade quitta l'hôpital, le 21 février, sept jours après son arrivée.

Les symptômes qu'a présentés ce malade, la position et les caractères de la tumeur, la nature du liquide qui se trouvait mélangé à la matière puriforme, ne laissent aucune espèce de doute sur le siége du mal. L'abcès se trouvait bien contenu dans la membrane synoviale qui enveloppe le tendon du muscle jambier antérieur, et par la suite il aurait pu déterminer des accidents graves, si l'on ne s'était hâté d'évacuer le pus qu'il contenait.

La conduite qu'a tenue ici M. Jules Cloquet doit être constamment imitée dans des cas analogues ; si lorsqu'il existe une simple accumulation de sérosité, on redoute l'inflammation consécutive du kyste comme elle survient souvent au poignet, on ne doit pas avoir la même crainte lorsque ce kyste renferme du pus, car alors l'évacuation de ce dernier, loin de développer une nouvelle inflammation, est le meilleur antiphlogistique qu'on puisse mettre en usage pour combattre celle qui existait primitivement.

J'ai indiqué les rapports qu'avait à sa partie supérieure la membrane synoviale qui enveloppe le tendon du muscle long fléchisseur propre du gros orteil. Si dans la section qu'on fait du tendon d'Achille on n'avait pas la précaution de glisser l'instrument le plus près possible de la face antérieure du tendon, ne serait-on pas exposé à la léser? Je signale cette particularité de la membrane et du tendon, et je ne pense pas que la section pût toujours avoir lieu sans danger.

Ce que j'ai dit de l'amputation des trois doigts du milieu de la main doit très-exactement s'appliquer à tous les orteils, car je n'établirai plus pour eux les mêmes restrictions que j'avais faites à l'occasion du pouce et du petit doigt : comme chez eux leur système synovial est le même, il ne doit rien exister de particulier pour chacun.

Je dois seulement à cette occasion signaler un fait dont m'a fait part M. Maisonneuve : il a remarqué que la résection de la tête des métacarpiens, les trois du milieu bien entendu, était moins grave que l'amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne ; et à part la plus grande difficulté de l'opération, il en est de même pour les parties correspondantes des cinq métatarsiens. Lorsque M. Maisonneuve a vu sur mes pièces que le cul-de-sac qui terminait l'enveloppe séreuse des tendons fléchisseurs du côté de leur origine se prolongeait un peu au-dessus de l'articulation métatarso-phalangienne, il a pu sur le champ se rendre compte du fait qu'il avait observé, et se déterminer de plus en plus dans sa pratique et dans ses cours de médecine opératoire, à préférer la résection que l'observation lui avait déjà fait adopter.

C'est qu'en effet dans la désarticulation il reste une partie de cette séreuse qui s'enflamme et occasionne les accidents qu'a vu se développer M. Maisonneuve ; tandis que lorsqu'on emporte la tête du métatarsien ou du métacarpien, la membrane séreuse est enlevée tout entière, et avec elle les complications graves qu'elle détermine souvent.

Si j'ai insisté sur la disposition de la membrane du tendon du muscle long péronier latéral, si j'ai indiqué les connexions qu'elle avait avec celles qui environnent les articulations tarsiennes et métatarsiennes, c'est qu'elle peut, dans quelques cas, donner lieu aux accidents les plus graves.

Si, par une cause quelconque, elle contient du pus dans sa cavité, celui-ci, loin de pouvoir se faire jour au-dehors par l'obstacle que lui oppose l'enveloppe fibreuse, détruira promptement la faible barrière qui le sépare des articulations tarsiennes et métatarsiennes, et en s'y répandant, sa présence y déterminera des accidents qui pourront être mortels, comme l'observation suivante en offre un exemple.

Désarticulation du premier métatarsien ; fusée purulente dans la coulisse du long péronier latéral ; suppurations dans les articulations tarsiennes et métatarsiennes ; mort.

Le nommé M. entra, le 15 janvier 1838, à l'hôpital des Cliniques, fut couché au nº 11 de la salle des hommes. Il y a deux ans que ce malade, qui est d'une bonne constitution et d'une santé parfaite, fit une entorse du pied droit ; elle laissa à sa suite des douleurs vives qui très-peu de temps après furent augmentées par un violent coup qu'il se donna sur le premier métatarsien droit contre l'angle d'une commode. La tuméfaction augmenta, et depuis cette époque elle n'a jamais cessé d'une manière complète. Il y a sept ou huit ans environ qu'entre le premier et le deuxième métatarsien, il se forma une petite collection purulente qui s'ouvrit spontanément, et de laquelle il s'écoula une assez faible quantité de sérosité purulente ; l'ouverture est toujours restée fistuleuse ; mais les mouvements du pied qui augmenta de volume devinrent de plus en plus gênés et douloureux : il se manifesta de la rougeur, et le malade fut obligé de garder le lit.

Quelques applications de sangsues, des cataplasmes calmèrent ces accidents inflammatoires, et le pied put un peu se mouvoir, malgré la persistance du trajet fistuleux.

A son arrivée à l'hôpital le pied droit est beaucoup plus volumineux que le gauche sur tout le trajet du premier métatarsien : les mouvements de cet os avec le premier cunéiforme sont augmentés,

Digitized by Google

et un stylet introduit dans ce trajet fistuleux annonce une carie étendue de ce premier os du métatarse. Toutes les autres parties du pied paraissent saines.

Le 19, M. le professeur Jules Cloquet fait la désarticulation du premier métatarsien par la méthode ovalaire, qu'il rend plus prompte et plus facile en prolongeant en arrière son incision jusque sur la moitié interne du premier cunéiforme; elle est promptement faite; la réunion des lèvres de la plaie se fait d'une manière très-facile et très-exacte. Le malade a supporté l'opération avec un très-grand courage et sans proférer un seul cri.

Le 8 février, la plaie était presque cicatrisée; il ne restait sous la plante du pied qu'un léger foyer qu'on vidait par la pression. Ce jour-là, le malade éprouva du frisson, de la céphalalgie; il eut quelques nausées, et la face dorsale du pied devint rouge œdématiée et douloureuse. On panse à plat, sans exercer la moindre compression.

Le lendemain, une petite collection purulente s'était formée sur le trajet du tendon de l'extenseur commun une incision y fut pratiquée, et il s'écoula peu de pus. De la tuméfaction se manifesta autour de la malléole externe; et le malade fut pris en même temps de délire; le pouls devint petit, serré, intermittent; les frissons continuent; la faiblesse était extrême.

On prescrivit de la limonade vineuse, une potion avec 12 grammes de sulfate de quinine. La plaie fut pansée avec du vin aromatique.

Le 10, le pouls s'est un peu relevé sur le soir, en conservant toujours le même caractère intermittent. Ce matin la chaleur a diminué; il y a une sueur froide presque visqueuse; le pouls est à peine sensible; le délire persiste, ainsi que les symptômes; pas de selles.

La plaie du pied est toujours dans le même état. Le gonflement autour de la malléole externe a augmenté; il n'y a pas de rougeur à la partie inférieure de la jambe; pas de traînées rouges; pas de gonflement des ganglions lymphatiques.

On pratique une incision au côté externe du pied, dont on recouvre la face dorsale d'un large vésicatoire; on en met un autre à chaque cuisse. Toutes les deux heures le malade prend une pilule avec sulfate de quinine, 11 gr.; extrait de quinquina, 5 gr.; lavement avec 2 onces d'infusion de feuille de séné; limonade vineuse.

Bien que le pouls se soit relevé le 11, les autres symptômes vont en augmentant, et à onze heures du soir, le malade meurt sans rien présenter de particulier.

Autopsie faite 30 *heures après la mort.* — Le cerveau et ses enveloppes avaient leur coloration et leur consistance normale; les ventricules ne contenaient que très-peu de sérosité transparente.

Les organes contenus dans les cavités du thorax et de l'abdomen, examinés avec tout le soin possible, n'ont rien offert qui méritât une description particulière. Tout le système veineux du membre abdominal correspondant à l'opération n'a présenté aucune altération appréciable; mais il n'en a pas été ainsi du pied qui avait été opéré.

Disséqué avec très-grande précaution, on a constaté les lésions suivantes :

Le tendon du muscle long péronier latéral est complétement détruit jusqu'au côté externe du pied, là où cesse la membrane synoviale qui l'enveloppe. La coulisse fibreuse dans laquelle il est renfermé, et qui correspondait au point le plus déclive de la plaie qui est presque cicatrisée partout, excepté à ce niveau, est remplie de pus. Ce pus a détruit les séreuses qui séparent les articulations tarsiennes et métatarsiennes, et s'est répandu dans toutes ces articulations. L'abcès qui s'était formé sur le dos du pied communiquait avec l'articulation du premier et du second cunéiforme. L'articulation calcanéo-cuboïdienne ouverte inférieurement contenait du pus, et la plus grande tuméfaction du côté externe du pied correspondait à ce niveau.

Il n'est pas douteux que chez ce malade le point de départ de tous les accidents n'ait été le passage du pus dans la gaîne du tendon du long péronier latéral et son inflammation consécutive; l'étranglement occasionné par la résistance de son enveloppe fibreuse et l'infiltration puriforme dans les articulations du pied, infiltration qui est d'autant plus facile qu'elle est favorisée par la position du pied, qui repose sur le talon, et par la section du tendon du muscle long péronier latéral, qui s'insère sur l'extrémité postérieure du premier métatarsien.

L'amputation de cet os dans sa continuité ou dans son articulation métatarso-cunéenne n'est pas chose indifférente, non-seulement pour la progression, mais par les accidents qui peuvent survenir après l'opération elle-même.

L'amputation dans la continuité, toutes les fois bien entendu que le mal permettra de choisir entre les deux méthodes, en laissant la partie postérieure de l'os, rendra le bord interne du pied plus saillant à son niveau, et favorisera la progression, car on sait qu'une des principales objections qu'on faisait contre cette opération, c'est qu'elle privait le pied de son principal point d'appui en dedans, et favorisait ainsi la rotation du même côté. Cet avantage dédommage de la longueur et de la plus grande difficulté de l'opération.

On a regardé, dans ces derniers temps, et avec beaucoup de raison, je crois, les désarticulations moins graves que les amputations dans la continuité.

Digitized by Google

Ce n'est pas ici le lieu de combattre ou d'appuyer cette opinion d'une manière générale. Je me bornerai à en faire l'application au cas qui nous occupe, et qui devient exceptionnel; car je considère la désarticulation du premier métatarsien comme beaucoup plus grave que son amputation dans la continuité. En effet, quand on désarticule, on coupe de toute nécessité le tendon du long péronier latéral, on ouvre la membrane séreuse qui l'enveloppe, on favorise de la sorte son inflammation par l'entrée du pus et le développement de tous les accidents qui sont survenus chez le malade dont j'ai rapporté l'histoire.

Rien de semblable ne s'observe quand on ampute dans la continuité, car alors le tendon n'est pas coupé, sa membrane n'est pas ouverte, et le muscle pouvant continuer ses usages, les mouvements d'abduction du pied se font comme dans l'état ordinaire.

En résumé, quand on désarticule, l'opération est plus facile, moins longue, moins douloureuse, mais elle expose à des suites beaucoup plus graves : les mouvements du pied en-dehors sont moins faciles, et par cela même que le pied a un point d'appui moins saillant en dedans il est plus exposé à se dévier de ce côté.

Tous les inconvénients que je signale sont remplacés par des conditions beaucoup plus favorables, et qui sont de beaucoup plus avantageuses que les difficultés légères qu'offre de plus l'amputation dans la continuité. M. Blandin, dont je puis citer ici l'autorité, a pleinement adopté ma manière de voir à cet égard, et, depuis l'été dernier, où je lui ai fait part de ces réflexions, dans deux cas qui se sont offerts à lui, il a préféré l'amputation dans la continuité à la désarticulation qu'il adoptait avant cette époque. Les succès qu'il a obtenus ne peuvent que l'engager à continuer.

Heureux si, par les applications de l'anatomie, je puis le premier faire abandonner une opération en signalant ses dangers, et la faire remplacer par une autre, qui réunit de plus grands avantages et aucun des inconvénients de la première.

GAZ. MÉDICALE. — Avril 1840.

Mémoire sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses, lu à l'Académie des Sciences, le 13 janvier 1840; par M. le docteur JULES GUÉRIN.

Les physiologistes se sont assez peu occupés du mécanisme à l'aide duquel les exhalations ou sécrétions séreuses s'exécutent. La plupart d'entre eux se sont bornés à faire l'histoire des phénomènes dans leurs derniers résultats, sans se préoccuper des phases qu'ils présentent et des causes qui les produisent. Je ne parle pas des explications purement hypothétiques empruntées à l'action générale de la vie, à l'irritabilité et à la sensibilité propre des organes, explications qui n'expliquent rien, qui ne reposent sur aucune donnée véritablement scientifique, sur aucune expérience positive, et dont la grande généralité ne constitue qu'un lien provisoire entre des faits dont les véritables rapports avec la vie et avec le monde extérieur n'ont pu encore être déterminés. C'est ainsi que le mécanisme de l'exhalation de la synovie dans les articulations, celui de la sérosité des plèvres, du péritoine, du fluide céphalo-rachidien, de l'exhalation séreuse du tissu cellulaire, sont restés jusqu'ici dans la plus complète obscurité.

Les observations et les expériences suivantes, relatives à la part que m'a paru avoir la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses, concourront peut-être à jeter quelque jour sur cette importante question de physiologie générale.

PREMIÈRE PARTIE. — OBSERVATIONS ANATOMIQUES.

Des dispositions et des rapports anatomiques des parties qui sont le siége des exhalations séreuses.

Je vais examiner successivement les dispositions et les rapports anatomiques des parties qui sont le siége des exhalations séreuses, à savoir : les cavités articulaires, celles du péricarde, des plèvres, du péritoine, des méninges cérébrales et rachidiennes; en un mot, des différentes cavités qui sont le siége des exhalations séreuses. Et d'abord, qu'on ne s'étonne point de me voir aborder dans un même travail l'étude anatomique de tant de parties dont les dispositions matérielles sont si complexes qu'elles constituent à elles seules une des portions les plus étendues et les plus délicates de l'anatomie topographique. Le but que je me suis proposé n'est point de rappeler, sous quelque prétexte que ce soit, ce que l'on sait à cet égard ; mais bien de signaler quelques dispositions nouvelles, communes aux différentes cavités dont il s'agit, dispositions qui me paraissent, par leur généralité, se rattacher à un but commun, et rendre les organes où elles se répètent tributaires des mêmes influences dans le mécanisme des exhalations dont elles sont le siége.

a. *Cavités articulaires.*

En examinant dans quels rapports se trouve la

Digitized by Google

tête du fémur avec la cavité cotyloïde pendant les mouvements de la cuisse sur le bassin, je me suis assuré de ce fait, à savoir que dans l'extension la surface de la tête fémorale dans toute sa périphérie est en rapport immédiat avec les points correspondants de la cavité qui la reçoit, en sorte qu'on peut dire, comme l'a démontré M. Weber, de Munich, que la tête fémorale et la cavité cotyloïde décrivent des courbes exactement du même rayon. Mais il n'en est pas ainsi dès qu'on imprime à la cuisse des mouvements de flexion, d'adduction ou d'abduction. Contrairement à ce qu'a établi le physiologiste de Munich, j'ai vu que pendant chacun de ces mouvements il se forme un espace assez considérable entre la surface de la tête fémorale et le fond de la cavité cotyloïde, espace qui varie de siége et d'étendue, suivant l'étendue et la direction des mouvements de l'articulation. J'ai mis ce fait hors de doute en fixant d'une manière invariable l'os de la hanche et l'extrémité fémorale dans les positions dont il s'agit, et en enlevant avec précaution, et couche par couche, une partie du plancher de l'acétabulum par l'intérieur du bassin. On voit alors manifestement que, dans certains points de son étendue, la cavité cotyloïde est séparée de la tête fémorale par un espace qui peut s'étendre en profondeur jusqu'à près de trois millimètres, et en largeur jusqu'à deux ou trois centimètres.

MM. Weber frères ont démontré, comme on sait, par l'expérience, que les surfaces de cette articulation sont maintenues en rapport immédiat, principalement par la pression atmosphérique. Ces ingénieux physiologistes ont perforé le plancher de la cavité cotyloïde, et ils ont vu aussitôt la tête fémorale, sous l'influence de l'introduction de l'air, descendre d'une certaine quantité, en cédant au poids du membre. Mais MM. Weber n'avaient pas vu que pendant certains mouvements de l'articulation coxo-fémorale, le centre de ces mouvements ne répond pas au centre de la sphère fémorale, mais est intermédiaire à ce point et au corps de l'os; celui-ci servant de bras de levier fait décrire à la tête du fémur des arcs de cercle proportionnels à la longueur du rayon qu'elle mesure, et qui forcent sa surface cotyloïdienne à abandonner dans une certaine étendue les points correspondants de la voûte de l'acétabulum. Or, en admettant comme chose démontrée que la pression atmosphérique est la cause la plus puissante qui empêche la sortie de la tête du fémur de sa cavité, on ne peut méconnaître que les espaces établis extemporanément entre certains points de ces surfaces articulaires, en vertu d'efforts supérieurs à l'action de la pression atmosphérique, ne constituent des espaces vides ou tendant au vide, placés eux-mêmes sous l'influence de cette pression. Il résulte donc de cette première observation que l'articulation coxo-fémorale, hermétiquement fermée par ses capsules fibreuses, et offrant dans l'extension de la cuisse sur le bassin une coaptation parfaite de ses surfaces articulaires, coaptation entretenue par la pression atmosphérique, présente, pendant les mouvements de flexion, d'adduction et d'abduction de la cuisse, des espaces vides au fond de l'articulation, résultant de la disjonction des surfaces articulaires sous l'influence d'efforts supérieurs à ceux de la pression atmosphérique, laquelle continue d'ailleurs à fermer l'orifice de l'articulation.

Ce premier fait établi, j'ai cherché à savoir, premièrement, si toutes les surfaces articulaires du squelette sont maintenues en rapport par la pression atmosphérique, indépendamment des muscles et des ligaments qui les environnent; et, secondement, s'il existe pour chaque articulation des mouvements pendant lesquels certains espaces articulaires s'établissent immédiatement, ou bien si ceux qui existent subissent un accroissement quelconque.

Relativement au premier point, je me suis assuré par des expériences directes que l'influence contentive de la pression atmosphérique constatée par MM. Weber pour l'articulation coxo-fémorale seulement est un fait général commun à toutes les articulations arthrodiales. J'ai appris récemment qu'un frère des deux physiologistes de Munich est arrivé, de son côté, au même résultat, et a étendu comme moi l'observation particulière de ses frères à toutes les articulations du squelette : en sorte qu'il est aujourd'hui parfaitement établi que, indépendamment des autres moyens qui concourent au maintien en rapport des surfaces articulaires, la pression atmosphérique est une condition commune à toutes, et que chacune d'elles offre dans sa situation la plus naturelle, position qui est presque pour toutes l'extension, une coaptation exacte et hermétique des surfaces correspondantes, et l'application également hermétique sur leur pourtour des capsules fibreuses et fibro-celluleuses qui les enveloppent.

Partant de ce fait préalable de l'action de la pression atmosphérique comme principal agent du maintien en rapport et de la fermeture hermétique de toutes les articulations du squelette, et du fait de l'existence d'espaces vides pratiqués extemporanément entre une portion des surfaces de l'articulation coxo-fémorale, pendant certains mouvements de la cuisse, j'ai cherché à savoir si toutes les articulations du squelette ne sont pas construites de manière à offrir comme l'articulation de la hanche, dans la succession et la variété de leurs mouvements, des espaces nouveaux, ou des accroissements marqués des espaces déjà existants.

Pour éviter des détails inutiles et qui tous conduisent aux mêmes conséquences, j'énoncerai immédiatement les résultats les plus généraux de mes

Digitized by Google

recherches sur ce point. Or toutes les articulations du squelette, les grandes, les moyennes, les petites, articulations qui sont le siége de mouvements marqués, et dans l'intérieur desquelles on trouve de la synovie, offrent à différents degrés des conditions matérielles telles, que pendant ces mouvements, elles présentent nécessairement des espaces qui n'existent pas au repos, ou un agrandissement des espaces préalablement existants. Ces changements qui s'effectuent dans l'intérieur des articulations sont le résultat de deux ordres d'éléments : premièrement, des changements de rapports des surfaces articulaires qui cessent de se correspondre suivant les mêmes plans et perdent ainsi les conditions respectives de leur contact et de leur parfaite coaptation; secondement, de la tension des muscles et des ligaments entourant l'articulation, lesquels, en vertu de l'écartement de leurs points d'insertion, se soulèvent, se tendent entre ces points et forment les parois résistantes des cavités improvisées ou agrandies. Ces deux ordres d'éléments constituent les conditions les plus générales de la formation de ces espaces ou cavités, conditions auxquelles peuvent être rapportés les divers cas présentés par toutes les articulations du squelette. Quelques exemples choisis parmi les cas les plus saillants montreront tout à la fois les faits eux-mêmes que je cherche à établir et les conditions les plus générales de leur production.

Au genou, pendant l'extension de la jambe sur la cuisse, les condyles du fémur sont appliqués contre la surface articulaire du tibia, de manière à la toucher par le plus grand nombre des points de leur surface. Les ligaments semi-lunaires placés en intermédiaires sont comme des coins destinés à compléter ce contact en comblant les espaces laissés entre ces surfaces et la portion la plus excentrique des condyles du fémur, là où ils se terminent en surfaces légèrement arrondies. De son côté, la rotule et les ligaments qui s'y attachent peuvent, en vertu du relâchement du triceps fémoral, du droit antérieur et des portions antérieures de la capsule articulaire du genou, s'appliquer complétement contre la dépression qui sépare antérieurement les deux condyles du fémur ; en sorte que la pression atmosphérique établit dans cette position de l'articulation une coaptation parfaite entre les surfaces articulaires qui se correspondent, et une application de toutes les parties extérieures environnantes contre les pourtours de l'articulation. Mais aussitôt que le genou se fléchit, tous ces rapports et les conditions osseuses et ligamenteuses qui les déterminent changent. Les condyles du fémur ne touchent plus la surface articulaire du tibia que par leur partie la plus postérieure, c'est-à-dire par un nombre de points et dans une étendue beaucoup moins considérables. La partie la plus plane des condyles, c'est-à-dire celle qui correspondait au plan articulaire du tibia, devient libre et regarde en avant; elle forme la paroi postérieure d'un espace quadrilatère nouveau, limité en haut par la moitié inférieure de la face postérieure de la rotule qui est elle-même attirée ou au moins maintenue par la résistance du triceps ; la rotule ainsi soulevée et maintenue en haut par la tension des muscles qui s'y insèrent, tend et soulève à son tour le ligament qui l'attache au tibia et forme avec ce dernier la paroi antérieure de l'espace quadrilatère dont il s'agit, tandis que la moitié antérieure de la surface articulaire du tibia, laissée libre par le soulèvement du ligament rotulien et le soulèvement de la moitié correspondante de l'extrémité articulaire du fémur forme sa paroi inférieure. De leur côté, les portions antérieures et latérales de la capsule articulaire se trouvant distendues par un écartement plus grand de leurs points d'insertion complètent l'ampliation de l'espace dont il s'agit, et empêchent la dépression de ses parois et leur refoulement vers l'intérieur de la cavité articulaire, sous l'influence de la pression atmosphérique. Voilà donc un espace considérable extemporanément produit par la réunion des deux conditions générales signalées plus haut, à savoir, un changement de rapport des surfaces osseuses correspondantes, qui ne se touchent plus que par un moins grand nombre de points, et par la tension et le soulèvement des muscles et des ligaments qui constituent des parois résistantes aux espaces nouvellement établis, et empêchent les parties extérieures environnantes d'être refoulées par la pression atmosphérique vers ces espaces pour les combler.

Les articulations de la jambe avec le pied, l'articulation huméro-cubitale et les articulations des phalanges des doigts, offrent d'autres exemples variés du même fait, répété dans des conditions un peu différentes et avec des résultats variés.

Au repos, l'articulation de la jambe avec le pied offre en avant et en arrière, à partir du rebord antérieur et postérieur de l'extrémité articulaire du tibia, un double espace résultant des prolongements de la surface articulaire de l'astragale, et borné en avant par la capsule articulaire et les gaînes aponévrotiques des muscles fléchisseurs du pied sur la jambe, et en arrière par les muscles extenseurs du pied sur la jambe et les ligaments correspondants. Pour peu que le pied soit étendu ou fléchi sur la jambe, ces espaces changent d'une manière remarquable. Si le pied est fléchi, le rebord antérieur du tibia vient s'appliquer contre la dépression qui sépare en haut la tête de l'astragale de son corps, et les ligaments correspondants, relâchés par le rapprochement de leurs points d'insertion, s'appliquent immédiatement contre les plans profonds correspondants, et tout

Digitized by Google

espace est comblé : en arrière, le contraire a lieu. Pendant que l'espace que j'appellerai tibio-astragalien antérieur se comble, l'espace postérieur correspondant et que j'appellerai tibio-astragalien postérieur s'agrandit par le glissement du tibia qui laisse une grande partie de l'astragale à découvert, en même temps que la capsule articulaire et les muscles extenseurs du pied sur la jambe sont soulevés et tendus par un éloignement plus grand de leurs points d'insertion, et forment ainsi la paroi postérieure de l'espace dont il s'agit. Lorsque au lieu d'être fléchi, le pied est étendu sur la jambe, un résultat opposé se manifeste ; une portion plus considérable de la surface articulaire de l'astragale est mise à découvert en avant par le glissement du tibia en arrière ; la capsule articulaire antérieure et les gaînes musculaires correspondantes sont tendues et soulevées par l'écartement de leurs points d'insertion, et agrandissent ainsi l'espace tibio-astragalien antérieur déjà existant, en même temps que le postérieur est d'autant diminué et envahi par les parties molles correspondantes.

Au coude, on retrouve des dispositions analogues. L'articulation huméro-cubitale présente pendant l'extension et la flexion de l'avant-bras sur le bras, deux espaces, l'un antérieur, triangulaire formé par la cavité coronoïde, dépression qui occupe le point de séparation de la trochlée humérale avec le corps de l'os, et fermé en avant par la paroi potérieure du brachial antérieur et les portions de capsules articulaires correspondantes ; l'autre, également triangulaire, postérieur, limité en arrière par la face antérieure du triceps brachial et les portions de capsules articulaires correspondantes, lesquelles complètent le triangle formé par le sommet de l'olécrane et la cavité olécranienne de l'humérus. Or ces deux espaces changent d'une manière remarquable pendant les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. Dans la flexion, l'olécrane laisse une plus grande portion de la trochlée humérale à découvert ; il entraîne avec lui l'extrémité inférieure du triceps, ainsi que les attaches de la capsule articulaire qui s'y fixent ; d'où résultent la tension et le soulèvement de ces parties. En avant, un résultat contraire se manifeste : par suite du glissement de l'apophyse coronoïde, les parties molles correspondantes sont relâchées et refoulées sans résistance par la pression atmosphérique contre les plans osseux profonds. L'inverse s'observe dans l'extension de l'avant-bras sur le bras, c'est-à-dire que l'espace triangulaire postérieur est diminué et l'antérieur augmenté. Ajoutons toutefois que par suite de la contraction des muscles fléchisseurs et extenseurs de l'articulation des triceps et biceps brachiaux, il y a toujours un certain degré de tension et de soulèvement des parties qui devraient être complétement relâchées par le rapprochement de leurs points d'insertion, ce qui ajoute un élément de plus aux causes d'agrandissement des espaces articulaires pendant les mouvements de flexion et d'extension.

Pour terminer ces indications anatomiques par des articulations d'un ordre moins important, mais plus délicat, et montrer que les conditions matérielles que je viens de signaler dans la hanche, le genou, le pied et le coude se généralisent jusque dans les moindres articulations, je citerai celles des phalanges des doigts. Lorsque l'on examine, au moyen d'une coupe longitudinale et parrallèle au plan de la flexion d'un doigt, ce qui se passe au niveau de l'articulation de la troisième avec la seconde phalange, on voit les dispositions suivantes : le tendon du fléchisseur profond se tend, soulève avec lui la paroi antérieure de la capsule articulaire, à laquelle il adhère, au moyen de sa capsule propre, et laisse entre la paroi ligamenteuse et les surfaces profondes correspondantes un espace triangulaire, dont le sommet est formé par l'angle résultant de l'inclinaison des deux phalanges l'une vers l'autre, et la base par le tendon soulevé du fléchisseur profond. Cet espace augmente ou diminue ainsi par la flexion ou l'extension de la phalange.

Telles sont les circonstances les plus générales que présentent les espaces articulaires pendant les mouvements des articulations du squelette.

Ces circonstances établissent, comme je l'ai dit, que pendant ces mouvements, des espaces nouveaux se forment, ou ceux qui existent s'agrandissent sous la double influence du changement de rapport des surfaces articulaires et du soulèvement et de la tension des membranes capsulaires environnantes. Ces productions d'espaces nouveaux, ou ces agrandissements des espaces existants, ne peuvent avoir lieu dans les articulations du squelette, fermées hermétiquement pendant le repos, sans offrir un vide, plus ou moins complet, ou au moins une tendance au vide, entre les points extemporanément et passagèrement séparés. Nous verrons plus tard les conséquences immédiates qui résultent de ces premières conditions, propres aux cavités articulaires. Poursuivons les mêmes conditions dans les autres cavités qui les répètent.

b. *Cavités du péricarde, des plèvres, du péritoine et de l'arachnoïde cérébro-spinale.*

Je réunis l'examen de ces différentes parties parce qu'elles offrent toutes les mêmes dispositions au point de vue où je veux les considérer et parce que ces dispositions ne sont que la répétition de celles que je viens de signaler dans les cavités articulaires.

Et d'abord, l'on sait que le péricarde, les plèvres, le péritoine et l'arachnoïde cérébro-spinale forment

Digitized by Google

des cavités fermées de toutes parts, au moyen de leur double feuillet continu, lequel se refléchit et s'étend successivement, en y adhérant, sur les parois du viscère et sur l'enveloppe extérieure qui le protége. Il y a donc entre ces deux feuillets, dits viscéraux et pariétaux, un espace quelconque, qui est susceptible de varier, de s'accroître ou de diminuer sous l'influence de deux conditions principales. Le feuillet pariétal étant maintenu fixé contre les parties environnantes, ces parties peuvent être soulevées, se développer et agrandir d'autant la cavité de la séreuse, si l'organe sur lequel se réfléchit et adhère son feuillet viscéral n'obéit pas au mouvement de soulèvement ou d'expansion du feuillet pariétal; ou bien, seconde condition, le feuillet pariétal restant fixé avec la paroi contre laquelle il se réfléchit, le viscère éprouve des déplacements, des contractions, des resserrements sur lui-même, qui entraînent consécutivement et proportionnellement le feuillet viscéral de la séreuse. Dans les deux cas, comme on le voit, soit que le feuillet pariétal soit éloigné du viscéral, soit que le viscéral soit éloigné du pariétal, ce changement de rapport ne peut exister sans produire entre les deux feuillets de la séreuse un espace nouveau ou un accroissement quelconque de la cavité qu'ils constituent. Ce résultat général ainsi formulé dans ses conditions principales de développement, il est facile de démontrer tour à tour son existence matérielle pour la cavité du péricarde, des plèvres, du péritoine et de l'arachnoïde cérébro-spinale.

Lorsqu'on ouvre le péricarde sur le cadavre, on acquiert la preuve que le cœur ne remplit pas complétement sa cavité, mais qu'il s'en faut d'un certain espace, que l'on admet comme nécessaire et suffisant à la liberté des mouvements du cœur. Mais l'étendue de cet espace varie et doit varier singulièrement pendant les mouvements respiratoires et de contraction du cœur. L'ampliation de la cavité du péricarde s'effectue pendant les mouvements respiratoires, sous l'influence de la première condition que j'ai établie par le soulèvement et le dédoublement du feuillet pariétal du péricarde, par suite du soulèvement des parties extérieures, avec lesquelles il a des rapports intimes. On sait, en effet, que le péricarde adhère intimement d'une part au sternum, de l'autre au diaphragme; qu'il adhère supérieurement et postérieurement aux gros vaisseaux qu'il renferme à leur origine. Il est donc retenu par trois puissances en haut et en arrière, en avant et en bas, de manière à obéir aux déplacements que ces parties éprouvent, en sens inverse, pendant l'acte respiratoire. Or, de ces parties, la première, le sternum, est portée en haut et en avant; la seconde, le diaphragme, est abaissée, tandis que les gros vaisseaux, formant résistance, empêchent le péricarde de céder exclusivement dans le sens du sternum et du diaphragme. Voilà donc le cas de l'ampliation d'une cavité séreuse par le soulèvement ou l'écartement des parties auxquelles adhère son feuillet pariétal. Ce n'est pas tout : pendant la contraction ou le relâchement de ses cavités, le cœur n'offre ni la même forme ni le même volume; la contraction de ses ventricules diminue nécessairement l'espace qu'il occupe d'une quantité égale à celle de la réduction de son volume pendant cet état; or, le péricarde ne pouvant suivre ce mouvement de retrait du cœur que par son feuillet viscéral, il en résulte un nouvel accroissement d'espace au profit de la cavité intérieure. Voilà une application de la seconde condition que j'ai établie pour l'ampliation des espaces formés par les cavités des séreuses.

Sans avoir besoin d'entrer dans autant de détails pour les plèvres et le péritoine, il suffit de signaler les dispositions les plus générales des cavités qu'elles occupent et des viscères qu'elles revêtent pour montrer que les espaces compris entre leurs feuillets varient, comme dans le péricarde, sous la double influence du déplacement des parties auxquelles elles adhèrent et des viscères sur lesquels elles s'étendent.

Les plèvres costale et diaphragmatique sont, comme on sait, intimement unies aux parois thoraciques et à la surface pectorale du diaphragme; d'autre part, elles tapissent toute la surface du poumon; ses deux feuillets laissent entre eux un espace très-étendu, susceptible de varier par l'ampliation ou le resserrement du thorax et l'ampliation ou la résistance des poumons. Il est presque superflu de montrer comment, pendant l'acte respiratoire, le feuillet pariétal thoracique et diaphragmatique de la plèvre est graduellement éloigné de son feuillet viscéral, ou du moins tend à accroître les espaces existants entre ces deux feuillets pendant le repos du thorax. Pour que le contraire existât, il faudrait que le poumon suivît instantanément et rigoureusement tous les mouvements du diaphragme et de l'enveloppe thoracique. Or, bien que l'introduction rapide de l'air dans les poumons tende à ce résultat, la résistance que ce fluide éprouve de la part du tissu élastique du poumon, et le temps plus ou moins long qu'il met à envahir toutes ses cellules laissent entre l'instant de l'ampliation du thorax et celui de l'expansion du poumon un intervalle quelconque, pendant lequel les deux feuillets de la plèvre cessent de se toucher et de se correspondre dans tous leurs points. D'autres causes moins évidentes, telles que le mouvement expiratoire, le retour élastique du poumon sur lui-même, la circulation, la parole, la marche, les efforts, circonstances sur lesquelles je ne m'appesantirai point, peuvent encore modifier les rapports de contact et de correspondance des deux plèvres. Si la réalité de ces changements ne

Digitized by Google

ressortait pas d'une manière assez évidente des circonstances que j'ai indiquées, l'expérimentation directe ajouterait, comme on le verra plus bas, ses lumières à celles du raisonnement.

La cavité du péritoine offre des circonstances et des dispositions analogues à celles des plèvres; c'est pour cela que nous n'avons pas insisté sur toutes les particularités propres à établir la variabilité des espaces résultant des changements de rapport de ces dernières. Ce que nous avons à dire de la cavité péritonéale s'appliquera donc en grande partie à la cavité des plèvres et tendra à compléter la démonstration du fait de l'ampliation périodique de cette cavité sous l'influence des mouvements périodiques de la respiration.

Et d'abord, la cavité du péritoine offre une disposition toute spéciale, en vertu de laquelle il doit nécessairement s'établir, entre ses deux feuillets, des espaces incessamment variables pour le siége, le nombre, la forme et l'étendue. Cette disposition consiste dans le défaut de rapport entre la forme, l'étendue et les distributions du feuillet pariétal, lequel correspondant à la paroi régulière de l'abdomen, et la forme, l'étendue et les sinuosités infinies du feuillet viscéral, si varié et si changeant dans ses distributions nombreuses entre tous les viscères et toutes les parties de l'intestin qu'il enveloppe. Or quelque élasticité qu'on suppose aux intestins, quelles que puissent être la souplesse et la ténuité des replis de la séreuse qui les recouvre, il est impossible de supposer entre les deux feuillets, ni même entre les replis du feuillet viscéral, des rapports assez exacts pour qu'à chaque déplacement des parties tout espace soit immédiatement comblé et que tous les points des deux surfaces restent constamment appliqués l'un contre l'autre. D'ailleurs il est sur certains points des obstacles matériels au contact complet et à la pénétration des parties environnantes, comme, par exemple, le repli gastro-hépatique qui joint le sillon horizontal du foie et la petite courbure de l'estomac, sorte de pont transversal dont il y a plusieurs autres exemples. Mais la diversité seule des surfaces en rapport, dont les unes, comme celles de l'intestin, offrent des contours plus ou moins arrondis, les autres, comme le foie, des bosselures et des bords saillants, doit nécessairement empêcher leur coaptation hermétique entre elles et avec la paroi abdominale. Un assemblage de plans et de reliefs si divers, comme celui qui résulte de l'agglomération du paquet intestinal et des viscères abdominaux, exclut donc l'idée d'un contact parfait. On conçoit qu'avec de telles dispositions anatomiques le mouvement respiratoire, le ballottement du ventre par la marche et les attitudes, les mouvements péristaltiques des intestins, provoquent des tiraillements incessants, des glissements, des roulements qui, en séparant les parties et changeant leurs rapports, déterminent la formation incessante d'espaces divers; espaces qui ne pourraient être comblés aussitôt que produits que par des corps assez ténus et assez subtils pour s'y adapter comme ferait un fluide élastique. Or, tels ne sont pas le foie, la rate, les reins, l'estomac et les intestins : tous solidaires des mouvements imprimés au corps, tous obéissant à l'action de la pesanteur, tous jusqu'à l'intestin lui-même, lorsqu'il est rempli de matière alimentaire, soumis à une forme déterminée. Certes les parois abdominales sont éminemment compressibles, susceptibles de se réduire ou de se dilater considérablement; mais elles ne le peuvent faire que suivant un même plan, et non suivant les plans si mobiles, si accidentés, des parties qu'elles recouvrent.

Je termine ces considérations anatomiques par celles qui ont trait aux cavités des séreuses cérébro-spinales. Les dispositions de ces cavités exigent d'être étudiées à part, parce qu'elles dépendent de quelques rapports du cerveau et de la moelle avec ses membranes, qui ne me paraissent pas avoir été suffisamment précisées.

Les auteurs qui ont indiqué avec le plus de soin les rapports du cerveau et de la moelle avec les méninges ne font pas mention d'une disposition qu'il me paraît utile de signaler ici. Tous s'accordent à dire qu'entre la moelle et la dure-mère, entre le cerveau et la dure-mère, se trouve l'arachnoïde, dont un des feuillets, le feuillet viscéral, se réfléchit sur la dure-mère, et l'autre sur le cerveau et la moelle dont elle est séparée par la pie-mère. M. Magendie qui a mieux précisé, comme on sait, tout ce qui a trait au fluide céphalo-rachidien, a montré le premier que ce fluide est renfermé dans l'espace sous-arachnoïdien, et se trouve en communication directe avec les ventricules du cerveau au moyen d'une ouverture spéciale placée entre l'extrémité supérieure de la moelle et le quatrième ventricule. M. Magendie s'est arrêté là; mais notons qu'il a été plus loin que ses devanciers, qui ne parlent pas des communications des ventricules du cerveau avec l'espace sous-arachnoïdien. Cependant ce n'est pas tout. Il y a un autre espace entre la dure-mère et le feuillet libre de l'arachnoïde, qui se continue avec le même espace correspondant au cerveau, en sorte que la cavité sous-arachnoïdienne communique avec l'intérieur du cerveau, et la cavité arachnoïdienne, proprement dite, communique avec la cavité arachnoïdienne extérieure du cerveau. Du mercure injecté dans l'espace sous-arachnoïdien se rend dans les quatre ventricules, et injecté dans la cavité arachnoïdienne de la moelle, il se rend partout à la surface du cerveau. Cette double disposition, qu'on pouvait conclure des notions acquises, mais qui n'avaient pas été suffi-

Digitized by Google

samment précisées, sur les rapports de l'arachnoïde cérébro-spinale avec la masse encéphalo-rachidienne, était indispensable à spécifier nettement pour faire apprécier les rapports différents qui s'établissent successivement entre les parties extérieures du cerveau. Voici, en effet, comment les choses se passent.

Dans le mouvement d'expansion du cerveau, les cavités intérieures se dilatent ; leurs parois se séparent et agrandissent d'autant les ventricules qu'elles circonscrivent. A ce mouvement d'expansion de la masse encéphalique, correspond un rapprochement des parois de la cavité arachnoïdienne cérébrale périphérique. Le contraire a lieu lorsque le cerveau se contracte et s'abaisse ; c'est-à-dire qu'il y a resserrement de ses cavités intérieures et ampliation des espaces arachnoïdiens extérieurs. Voilà, comme on le voit, la répétition des circonstances que nous avons notées pour toutes les cavités séreuses. Je m'abstiens pour le moment de tirer de ces dispositions les conséquences qui peuvent en sortir pour éclairer le mécanisme de la sécrétion et de la double circulation des fluides cérébro-rachidiens dans la double cavité arachnoïdienne et sous-arachnoïdienne, et pour rendre compte, surtout, de la circulation générale de l'encéphale.

DEUXIÈME PARTIE. — EXPÉRIENCES.

Si les dispositions que j'ai fait connaître dans la première partie de ce mémoire sont réelles, c'est-à-dire s'il se forme extemporanément, sous l'influence de certains mouvements, des espaces nouveaux ou des accroissements d'espaces existants à l'intérieur de cavités fermées de toutes parts, il peut arriver l'un ou l'autre de ces deux cas : ou bien des matières environnantes peuvent, en se déplaçant, combler instantanément les espaces nouvellement pratiqués, ou bien il existe réellement et passagèrement des espaces vides ou tendant au vide, incessamment placés sous l'influence concentrique de la pression atmosphérique. Dans le premier cas, il y aurait une expansion, une dilatation des parties environnantes qui ne permettraient de constater par aucun moyen le vide ou la moindre tendance au vide. Dans le second cas, on pourrait, au contraire, prouver par des expériences directes qu'il y a réellement une certaine tendance au vide, ou, pour parler plus rigoureusement, un défaut d'équilibre entre la pression intérieure et la pression extérieure, défaut d'équilibre qui n'est immédiatement comblé par rien, et qui par conséquent laisse à la pression extérieure la plus grande part de son influence concentrique. Pour résoudre cette difficulté, j'ai fait les expériences suivantes.

a. *Expériences sur les cavités articulaires.*

Première expérience. — J'ai pris le cadavre d'un adulte. La jambe étant placée dans l'extension sur la cuisse, j'ai pratiqué au niveau de la partie antérieure et externe de l'articulation du genou une petite ouverture pénétrant jusqu'à l'intérieur de cette articulation. J'ai introduit par cette petite ouverture l'extrémité effilée d'un tube recourbé et gradué de deux lignes de diamètre, analogue au tube de Welther, dans lequel se trouvait un liquide coloré.

Le niveau des deux colonnes de liquide ne s'élevait qu'à la moitié de la hauteur des deux branches parallèles ascendantes du tube, de manière à lui permettre (au liquide) de s'élever d'un côté d'une certaine quantité, et de s'abaisser d'une quantité correspondante de l'autre côté, en cas de pression inégale de la part des deux milieux en rapport avec chaque colonne de liquide. La circonférence de la portion du tube introduite dans l'articulation du genou fermait hermétiquement l'ouverture qui lui avait donné passage, et son extrémité correspondait au point de réunion des deux surfaces articulaires du fémur et du tibia. Les choses étant ainsi disposées, j'ai fait exécuter à la jambe un mouvement de flexion sur la cuisse; j'ai vu immédiatement le liquide renfermé dans le tube monter vers l'extrémité correspondant à l'intérieur de l'articulation, et reprendre sa première position dès que je replaçais la jambe dans l'extension. Le mouvement d'ascension du liquide suivait exactement le mouvement de flexion du genou, se reproduisait et cessait avec lui. Cependant la rapidité et le degré d'ascension du liquide variait suivant certaines positions du tube, à tel point que, dans une position déterminée, le liquide s'est élevé brusquement et a fait irruption dans la cavité articulaire.

Deuxième expérience. — J'ai pratiqué la même expérience à l'articulation coxo-fémorale. La cuisse étant maintenue dans l'extension sur le bassin, de manière à ne laisser aucun espace entre la surface de la tête fémorale et le plancher cotyloïdien, j'ai perforé ce dernier avec les plus grandes précautions, au moyen d'un foret appliqué par l'intérieur du bassin sur le point correspondant au sommet de l'articulation, et de manière à tomber perpendiculairement à leur plan de tangence. Pendant ce travail, je faisais maintenir le fémur fixe et en rapport immédiat avec le fond de la cavité cotyloïde. Lorsque j'ai eu la certitude d'être arrivé jusqu'à la surface de la tête fémorale, j'ai introduit l'extrémité de mon tube, revêtue d'un bouchon en liége, d'un diamètre suffisant pour fermer hermétiquement l'ouverture pratiquée au plancher de l'acétabulum. J'ai fait ensuite décrire à la cuisse des mouvements de flexion,

Digitized by Google

d'adduction et d'abduction, très-limités d'abord, et j'ai vu à chacun de ces mouvements la colonne de liquide coloré s'élever vers l'articulation, suivre chacun des mouvements dont il s'agit, et redescendre au niveau de la colonne en rapport avec l'air extérieur, chaque fois que je ramenais la cuisse dans l'extension. Après avoir répété la même pratique un certain nombre de fois, j'ai porté brusquement la cuisse dans la flexion et un peu dans l'abduction, et tout le liquide du tube s'est précipité dans l'intérieur de l'articulation, moins la dixième partie de la colonne environ qui dépassait en dehors l'orifice de l'articulation, et qui était continue avec les neuf autres dixièmes de la colonne du liquide qui avait envahi sa cavité. Après quelques autres mouvements, la totalité du liquide fut attirée dans l'intérieur de l'articulation, et à chaque retour de la cuisse à l'état d'extension, il en sortait une certaine quantité mêlée de bulles d'air, qui avait pénétré avec la dernière portion du liquide. Je ferai remarquer que pendant tous ces mouvements j'ai eu soin de maintenir la tête du fémur appliquée contre le fond de la cavité cotyloïde, pour m'opposer à l'action du poids du membre.

Ces deux expériences me parurent suffire pour établir d'une manière directe les faits qui l'avaient été d'une manière moins positive par l'observation anatomique. Il résulte donc de ces deux ordres de faits, de l'observation et de l'expérience, que pendant certains mouvements ou certaines positions du membre, qui ne sont pas l'extension, il se forme dans l'intérieur de l'articulation du genou et de la cuisse des espaces nouveaux, ou des agrandissements des espaces existants, ce qui rompt l'équilibre entre la pression extérieure et la pression intérieure, et produit au sein de ces articulations une tendance au vide ou un certain degré de vide instantané, d'où résulte un effort de succion sur leurs parois internes et sur les parties qu'elles renferment.

Il m'a paru inutile de répéter les mêmes expériences pour toutes les articulations du squelette : leurs dispositions anatomiques sont les mêmes, leurs fonctions les mêmes; j'ai pu par conséquent m'en tenir aux résultats fournis par les articulations du genou et de la cuisse.

b. Expériences sur les cavités du péricarde, des plèvres, du cerveau et de la moelle.

L'analogie que j'ai montrée entre les dispositions anatomiques du péricarde, des plèvres, du péritoine, des cavités cérébro-spinales et celles des cavités articulaires des membres, impliquait pour être admise dans toute sa puissance, une sanction analogue de la part de l'expérimentation. On devait partout démontrer par l'expérience directe que les cavités des séreuses sont comme les cavités articulaires, soumises incessamment à des conditions d'ampliation, qui détruisent l'équilibre existant entre la pression intérieure et la pression extérieure. Pour mettre ce fait hors de doute, j'ai procédé de la manière suivante.

Troisième expérience. — J'ai fait au niveau du cinquième espace intercostal gauche d'un jeune chien une ponction pénétrant dans l'intérieur des plèvres; immédiatement j'y ai appliqué l'extrémité de mon tube recourbé, en ayant soin de le faire arriver jusque dans l'intérieur de la cavité pleurale, et de fermer complétement autour du tube l'orifice qui lui avait donné passage. A peine ces précautions avaient-elles été prises, que j'ai vu, à chaque mouvement respiratoire, pendant le temps de l'inspiration, j'ai vu, dis-je, le liquide s'élever dans la portion du tube correspondant de la plèvre, et descendre à chaque temps d'expiration et répétant la succession de ces deux mouvements d'une manière exactement isochrone à ceux de la respiration. En variant l'inclinaison du bec du tube, son degré de pénétration, j'ai obtenu des degrés d'ascension différents du liquide qu'il renfermait.

Quatrième expérience. — J'ai mis à découvert sur un jeune chien la portion antérieure gauche du péricarde, en enlevant une partie de la moitié inférieure du sternum et des cartilages costaux correspondants. J'ai fixé avec une pince à dissection une portion du péricarde, et j'y ai pratiqué une très-petite ouverture, pour recevoir le bec de mon tube recourbé. A peine fut-il introduit dans la cavité de la séreuse, qu'au même instant le liquide coloré remonta, comme dans l'expérience précédente, à chaque contraction des ventricules, d'une quantité qui variait à chaque mouvement du cœur, mais dont les variations étaient toujours isochrones à ces mouvements : j'ai répété plusieurs fois la même expérience, et jusqu'au dernier battement du cœur de l'animal, le liquide a marqué, par ses oscillations périodiques, les ampliations périodiques de la cavité du péricarde, sous l'influence de la respiration et des contractions du cœur.

Cinquième expérience. — J'ai mis à découvert, sur un jeune lapin, à la partie postérieure du cou, les membranes de la moelle, au niveau de l'espace compris entre le rebord de l'occiput et l'arc de l'atlas, la tête de l'animal maintenue dans une forte flexion; j'ai soulevé sur une aiguille courbe très-fine la dure-mère et le feuillet libre de l'arachnoïde. La portion soulevée des membranes comprises entre les deux piqûres de l'aiguille ayant été divisée, j'ai introduit immédiatement l'extrémité de mon tube, et j'ai vu aussitôt le liquide monter et descendre alternativement, comme dans les expériences précédentes, d'une manière isochrone aux mouvements

Digitized by Google

du cerveau. Je dois dire qu'il n'a jamais été possible, quelque précaution que je prisse, de passer mon aiguille entre le feuillet pariétal et le feuillet libre de l'arachnoïde, en respectant ce dernier; toujours celui-ci a été compris dans l'ouverture pratiquée sur l'aiguille, et c'est toujours dans la cavité triangulaire, qui correspond à la jonction de la moelle avec le bord postérieur et inférieur du cervelet, et qui est formée par le feuillet libre de l'arachnoïde, que mon tube a pénétré. Cet espace est, comme l'a établi M. Magendie, l'aboutissant des cavités ventriculaires, qui met ces cavités en communication libre avec la cavité spinale du liquide céphalo-rachidien. Or, dans plusieurs expériences, répétées avec le plus grand soin sur les animaux de la même espèce, j'ai constamment obtenu le même résultat. J'ajouterai que, sans avoir besoin d'introduire mon tube, je pouvais, en découvrant l'arachnoïde en ce point, constater l'existence d'un double mouvement d'expansion isochrone au mouvement d'élévation ou d'abaissement du liquide coloré du tube.

Il me restait à vérifier si j'obtiendrais les mêmes résultats à l'égard de la cavité crânienne. Voici comment j'y suis parvenu.

Sixième expérience. — J'ai enlevé au crâne d'un lapin adulte, vers la bosse pariétale gauche, une portion de la paroi osseuse, de 15 millimètres de diamètre environ. J'ai ensuite perforé la dure-mère en la soulevant avec une pince, et j'ai introduit, par une ouverture du diamètre de l'extrémité de mon tube, cette extrémité, en prenant les précautions nécessaires pour ne pas perforer l'arachnoïde viscérale, ni atteindre la pulpe cérébrale. Dans ce but, et pour ne pas fermer l'ouverture du tube en l'appliquant contre la surface des circonvolutions cérébrales, je maintins son extrémité dirigée obliquement; et je vis, comme dans l'expérience précédente, la colonne de liquide correspondant au cerveau monter et descendre à chaque mouvement de retrait et d'expansion de la masse encéphalique. J'ai répété l'expérience plusieurs fois, et le résultat s'est toujours manifesté le même.

Que conclure de ces expériences? Qu'elles confirment en tout point les inductions tirées des dispositions anatomiques des parties, à savoir que, pendant les mouvements du cœur, des poumons, du péritoine, du cerveau et de la moelle, comme pendant les mouvements alternatifs de flexion et d'extension des articulations du squelette, il s'établit des espaces nouveaux dans les cavités correspondantes, ou des accroissements des espaces existants, en vertu desquels la pression exercée à l'intérieur de ces cavités est sensiblement moindre que celle exercée à l'extérieur de la pression atmosphérique; d'où il suit que cette dernière pèse de toute la différence de ces deux actions sur l'extérieur des cavités, tend à refouler à leur intérieur les fluides qui doivent établir par leur exhalation l'équilibre des deux pressions.

Troisième partie. — *Conséquences physiologiques et applications pathologiques.*

Je n'ai fait jusqu'ici qu'exposer les conditions matérielles d'un phénomène, en démontrer l'existence par des expériences directes, sans me préoccuper de son résultat final, de son importance, et des applications dont il peut être susceptible. Nous allons aborder c s différents points de vue de la question.

Il est évident et incontestable que les cavités des séreuses articulaires et autres du corps humain, présentent périodiquement pendant certains mouvements, les conditions d'une pompe, d'une ventouse, qui raréfient les fluides renfermés dans leurs cavités, et établissent par cette raréfaction un défaut d'équilibre entre la pression extérieure atmosphérique et la pression intérieure de ces cavités, pressions qui, au repos, se font équilibre. Cette différence de pression entraîne, de toute nécessité, une action de succion et d'aspiration analogue à celle de la pompe ou de la ventouse. Le fait est matériellement incontestable; ce qui peut être contesté, c'est le degré plus ou moins énergique de cette succion; aussi n'abordé-je pas cette évaluation pour le moment : je me borne à établir comme une chose démontrée que les cavités des séreuses sont périodiquement soumises à une action de succion qui doit provoquer et faciliter la sortie des fluides exhalés, soit que ces fluides soient préalablement élaborés dans les petits canaux qui les versent, soit que la succion qui les provoque soit elle-même l'agent essentiel de cette production. En m'en tenant à ce rapport entre le fait de l'exhalation des séreuses et les efforts de succion qui les favorisent, les provoquent ou les déterminent, sans rien préjuger jusqu'ici, à laquelle de ces trois actions ce rapport peut être élevé, je m'arrête devant son existence comme devant une condition qui joue un rôle important, n'importe lequel, dans l'accomplissement des exhalations séreuses. Je joindrai à ces preuves quelques considérations qui me semblent devoir compléter la démonstration.

Tous les physiologistes ont remarqué que l'on éprouve d'autant plus de difficulté à mouvoir les articulations qu'on se trouve sur des montagnes plus élevées, c'est-à-dire que la pression atmosphérique est moindre. Il est encore d'observation presque vulgaire que les membres maintenus longtemps dans l'immobilité éprouvent une grande difficulté à se mouvoir; les articulations éprouvent des frottements plus sensibles et accusés par des bruits de

Digitized by Google

crépitation douloureuse. On sait même qu'une des conditions de l'ankylose des articulations c'est la parfaite immobilité. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait maladie de l'articulation : l'immobilité seule des parties, continuée un temps assez long, amène l'ankylose. Est-il besoin de montrer les rapports de ces faits avec l'action de la pression atmosphérique sur la production des exhalations synoviales et des autres séreuses? Voilà, si je ne me trompe, autant de circonstances physiologiques qui tendent à compléter la démonstration du principe qui fait l'objet de ce mémoire et qui reçoivent à leur tour de ce principe une solution qu'elles n'avaient pas eue jusqu'ici. D'autres faits appartenant à l'ordre pathologique auront ce double résultat d'appuyer la doctrine et d'en recevoir des lumières.

Tout le monde sait, depuis l'ingénieuse expérience de notre honorable confrère, M. Jobert, de Lamballe, que l'adhésion des feuillets de la séreuse péritonéale est facile à obtenir lorsqu'on les maintient dans un contact parfait; on sait, au contraire, que les surfaces des muqueuses ne peuvent pas contracter ces adhérences, quelque précaution qu'on emploie; dans le premier cas, la séreuse, n'étant plus soumise à une des conditions indispensables à l'exhalation du fluide, peut contracter immédiatement une adhésion qui ne sera pas troublée par la présence incessante de la matière sécrétée, cette adhésion immédiate devenant un obstacle à la continuité de cette sécrétion. Dans le second cas, la muqueuse continuant à verser son fluide dans l'intervalle de ses deux feuillets, la présence de ce fluide incessamment renouvelé empêche les deux surfaces d'adhérer immédiatement. Les mêmes notions n'expliquent-elles pas d'une manière toute simple et toute rationnelle les adhérences que contractent si facilement les surfaces correspondantes des diverses séreuses, à la suite des épanchements dont elles sont le siége; comme au péritoine, au péricarde et entre les feuillets des plèvres? Terminons ces applications par des faits d'un ordre plus élevé et plus important pour la pathologie.

Tous les médecins savent de quel danger sont entourées les plaies qui pénètrent dans les articulations, dans le péritoine, dans les plèvres, dans le péricarde; la notion empirique de ce fait était aussi bien établie que la gravité des accidents qui s'y trouvent liés. Personne, cependant, n'en avait donné, ni même essayé d'en donner une raison quelconque; de là l'ignorance des moyens véritables de s'opposer à ces accidents. Cependant quoi de plus simple à déterminer maintenant que nous connaissons l'influence de la pression atmosphérique sur le mécanisme des exhalations séreuses, que les résultats produits par la cessation de cette condition? L'air qui pénètre librement dans les cavités des séreuses entrave le mécanisme de leur exhalation; les fluides dont la sécrétion doit être nécessairement provoquée par une succion périodique exercée à l'orifice des vaisseaux exhalants, stagnent dans ces vaisseaux, les engorgent et amènent des accidents proportionnés à cet engorgement. Nous avons à peine besoin de formuler ici les conséquences pratiques qui découlent de la connaissance de ces rapports; éviter l'introduction de l'air dans les cavités des séreuses, l'en expulser et lui fermer tout passage; ces principes d'ailleurs existaient en partie comme résultats de l'empirisme, mais à l'état de préceptes incohérents, incomplets et non acceptés par tous.

Nous ne pousserons pas plus loin ces applications physiologiques et pathologiques du principe que nous avons cherché à établir dans ce mémoire; quelque effort de généralisation que l'on fasse, il n'est jamais possible de prévoir immédiatement toutes les applications dont un fait nouveau est susceptible; l'expérience nous porte bien souvent au delà de nos prévisions.

Je me suis borné, dans ce premier mémoire, à établir l'existence du fait de l'intervention de la pression atmosphérique comme élément actif des exhalations séreuses, et à indiquer les conséquences les plus générales de ce fait; il me reste à apprécier plus rigoureusement le degré d'action de cette influence, à la mesurer s'il est possible dans son intensité, et à en déterminer la portée relative dans le mécanisme de la fonction; ces différents résultats, propres à compléter la notion du rôle que joue dans la production des sécrétions séreuses l'intervention de la pression atmosphérique, n'ajouteront rien à la démonstration de l'existence de cet élément fonctionnel nouveau, lequel me paraît suffisamment établi par les observations anatomiques, les expériences physiologiques et les faits pathologiques consignés dans ce mémoire. En conséquence, je me crois fondé à tirer de ce premier travail les conclusions suivantes.

1° Les articulations du squelette présentent pendant la plupart des mouvements dont elles sont le siége une ampliation extemporanée des cavités qu'elles forment, ou donnent lieu à la formation d'espaces nouveaux, qui n'existent pas au repos des articulations. Ces accroissements des espaces existants, ou ces développements d'espaces nouveaux sont le résultat de deux ordres de conditions, à savoir : les changements de rapports des plans des surfaces articulaires, et la tension des parois ligamenteuses et musculaires des articulations, par suite de l'écartement de leurs points d'insertion.

2° Toutes les cavités des séreuses du corps humain, les cavités des plèvres, du péricarde, du péritoine, des méninges rachidiennes et cérébrales, présentent

Digitized by Google

comme les cavités articulaires des ampliations périodiques des espaces qu'elles circonscrivent. Ces ampliations résultent du soulèvement du feuillet pariétal de la séreuse, entraîné par le développement des parties qu'elle tapisse, et de l'abaissement du feuillet viscéral, par suite de la contraction ou du déplacement des viscères qu'elle enveloppe.

3° Les ampliations des cavités articulaires et des diverses séreuses du corps humain réalisent extemporanément des espaces fermés de toute part, sous l'influence desquels l'équilibre des pressions intérieure et extérieure se trouve détruit au profit de la pression extérieure, d'où un refoulement des fluides vers l'intérieur des cavités et un effort de succion périodiquement exercé sur les surfaces et les orifices ouverts à l'intérieur de ces mêmes cavités.

4° L'intervention de la pression atmosphérique comme élément actif dans le mécanisme des sécrétions séreuses, établie par les dispositions anatomiques des parties, par l'expérience directe, l'est encore par les faits pathologiques. L'adhésion facile des séreuses juxta-posées, la diminution, la suspension de l'exhalation de la synovie, et finalement l'ankylose liée à l'immobilité plus ou moins complète des articulations; leur rigidité sous l'influence d'une diminution de la pression atmosphérique pendant le séjour sur les montagnes élevées, et les accidents spéciaux des plaies pénétrantes de toutes les cavités séreuses, tirent leur signification réelle de l'action de la pression atmosphérique sur les sécrétions séreuses, et sont autant de témoignages à l'appui de cette doctrine.

Dans un prochain mémoire, je chercherai à fixer le degré d'action de la pression atmosphérique dans la production des sécrétions séreuses, et à déterminer l'influence relative de ce nouvel élément par rapport à ceux qui peuvent concourir à l'exécution de cet ordre de fonctions.

GAZETTE MÉDICALE. — Mai 1840.

Sur la présence de l'iode dans l'huile de foie de morue; par L. GMELIN.

J'avais annoncé qu'il m'avait été impossible de découvrir de l'iode dans deux sortes d'huile de foie de morue, dont l'une était de couleur claire et l'autre brune; et j'avais laissé indécise la question de savoir si l'iode trouvé par d'autres chimistes provient de soude iodée employée aux expériences, ou si certaines espèces d'huile de foie de morue contiennent réellement de l'iode. Les recherches suivantes montreront que la véritable huile de foie de morue renferme évidemment de l'iode, et que les sortes que j'avais examinées étaient sophistiquées.

En traitant 60 grammes d'huile de foie de morue pure, provenant de Bergen en Norwége, par la méthode d'Hansmann (1), j'obtins par la dissolution, à l'aide de l'alcool, une masse saline, qui se comporta de la manière suivante : Sa solution aqueuse, mélangée d'amidon et d'acide sulfurique étendu donna une coloration violette, qui disparut aussitôt par l'addition d'huile de vitriol, pour faire place à une couleur jaune; cette solution donna également, avec l'amidon et l'acide chlorhydrique, une coloration violette, qui disparut bientôt par l'addition de chlorate de potasse. L'expérience fut renouvelée avec 750 grammes de la même huile. Les phénomènes furent les mêmes; seulement, en raison de la quantité plus considérable, la coloration de l'amidon fut beaucoup plus intense, et ne fut pas détruite aussi promptement par l'huile de vitriol ou le chlorate de potasse. Du carbure de soufre, agité avec la solution aqueuse de la masse saline additionnée d'acide chlorhydrique ou d'acide sulfurique étendu, se colora en violet; une partie de la masse saline sèche fut jetée dans un mélange de peroxyde de manganèse et d'acide sulfurique moyennement étendu, qui avait été préalablement chauffé dans un tube de verre, et on vit aussitôt s'élever les vapeurs violettes de l'iode, qui bleuirent du papier d'amidon.

Ces expériences mettent hors de doute la présence de l'iode dans cette huile de foie de morue; seulement il est surprenant que la masse saline abandonne déjà l'iode par la simple addition d'acide chlorhydrique ou sulfurique étendu, ce qui ne s'observe jamais avec l'iodure de potassium, ainsi que l'ont démontré de la manière la plus positive un grand nombre des contre-épreuves, dans lesquelles la coloration bleue de l'amidon ne s'est jamais produite que par l'addition d'un corps oxigénant, tel que l'huile de vitriol ou le chlorate de potasse. Il est donc vraisemblable que la masse saline chauffée au rouge ne contient pas de l'iodure de potassium, mais de l'hypo-iodite basique de potasse. MM. Magnus et Ammermüller et M. Liébig ont déjà appelé l'attention sur un hypo-iodite de soude qui se forme par la calcination de l'hyperiodate basique de soude ou d'un mélange d'iodure de sodium et d'iodate de soude. Si on fait dissoudre dans de l'eau, du savon de soude et un peu d'iodure de potassium, qu'on évapore et qu'on calcine, l'alcool en enlève également une masse saline qui produit une coloration bleue avec de l'amidon et de l'acide chlorhydrique.

(1) Voyez, pour la description de la méthode d'Hansman, le numéro d'octobre 1837, du journal de Pharmacie.

Digitized by Google

Bien que MM. Ammermüller et Magnus fassent observer à ce sujet que dans la calcination de l'hyperiodate basique de potasse on n'obtient que de l'iodure de potassium, il n'est pas inconcevable, cependant, que dans la calcination du savon d'huile de foie de morue, où des traces d'iodure de potassium sont disseminées dans une grande masse de potasse carbonatée et caustique, l'alcali, agissant en excès, dispose l'iodure de potassium à absorber l'oxigène de l'air durant et après la combustion d'une partie du carbone, et à former un sel semblable en combinaison avec une plus grande quantité de potasse.

Voici, d'après mes recherches, la méthode qui me paraît être la plus commode pour la découverte de l'iode dans l'huile de foie de morue et entraîner le moins de perte d'iode : On saponifie au bain-marie 15 grammes d'huile de foie de morue, avec autant ou un peu moins d'hydrate de potasse et la quantité d'eau nécessaire; on filtre après le refroidissement, pour séparer le liquide aqueux de savon très-mou; on le neutralise presque complétement avec de l'acide sulfurique; on laisse cristalliser la majeure partie du sulfate de potasse; on évapore complètement la liqueur restante; on calcine le résidu; on le fait bouillir en poudre avec de l'alcool, et on évapore la liqueur filtrée. La masse saline ainsi obtenue, dissoute dans un peu d'eau, suffit pour trois réactions et plus; par exemple, avec l'amidon et l'huile de vitriol; avec l'amidon, l'acide chlorhydrique et le chlorate de potasse; avec le carbure de soufre et l'huile de vitriol; l'acide chlorhydrique seul ainsi que l'acide sulfurique étendu ne produisent pas avec cette masse saline la coloration bleue de l'amidon, parce qu'elle contient l'iode sous la forme d'iodure de potassium (1).

Je fais observer en terminant que, d'après le témoignage de M. J. Tiédemann, négociant à Brème, qui possède une grande connaissance de cet article, il y a dans le commerce quatre sortes de véritable huile de foie de morue. En effet, on fait fondre l'huile en exposant au soleil les foies de la morue (GADUS CALLARIAS L.), dans des tonneaux placés debout et munis de trois bondes superposées. Lorsqu'on enlève la bonde supérieure, on a l'huile la plus claire, qui doit être la plus propre à l'usage médical. Plus tard on ôte la bonde moyenne, puis l'inférieure, qui donnent de l'huile brune. Le résidu du tonneau, exprimé à chaud, fournit une huile très-foncée et épaisse, qui trouve son emploi dans les chamoiseries.

JOURNAL DE PHARMACIE. — Avril 1840.

(1) J'ai répété ces expériences avec succès sur de l'huile de foie de morue que je m'étais procurée chez un négociant de Paris. En opérant la saponification avec de l'hydrate de potasse et à feu nu, ce qui la rend beaucoup plus rapide, j'ai obtenu la coloration de l'amidon en violet, même avec l'acide sulfurique étendu.

L'iode contenue dans l'huile de foie de morue étant, du moins il y a tout lieu de le croire, la cause essentielle de ses propriétés médicales, les pharmaciens ne doivent admettre cette huile dans leurs officines, qu'après l'avoir essayée. F. B.

UNE ATTAQUE FRANÇAISE.

Le dernier numéro du *Journal des Connaissances médicales* renferme l'article prodigieusement absurde que nous allons mettre sous les yeux de nos abonnés ; nous n'en nommerons point l'auteur qui se cache sous le pseudonyme du rédacteur français ; et pourtant rien ne nous serait plus aisé. Voici cet article :

JOURNAUX DE MÉDECINE BELGES. — Il vient de paraître à Bruxelles un nouveau journal de médecine, sous ce titre : *Archives de la médecine belge*. Il se compose de la réunion de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, de la Société de médecine d'Anvers et de la Société médico-chirurgicale de Bruges, ainsi que d'articles communiqués à la rédaction. Le but de cette publication était de centraliser tous les travaux des médecins belges ; mais la Société de médecine de Gand, comprenant que ce n'est point en monopolisant la presse médicale *qu'on travaille au progrès de la science*, a préféré conserver son indépendance et continuer elle-même la publication de ses *Annales* et de son *Bulletin*, arrivés à la sixième année de leur existence. La Société des sciences naturelles de Bruges, qui s'occupe plus spécialement de questions de médecine pratique, publie également de son côté, depuis deux ans, des *Annales*, auxquelles sont réunies, à partir de cette année, les *Annales de Gynécologie* de M. Schoenfeld, de Charleroi. »

Quand nous avons fait des ouvertures aux sociétés savantes et aux médecins du pays pour obtenir leurs travaux et les réunir en un faisceau sous le titre de *Archives de la médecine belge*, nous l'avons fait loyalement, au grand jour, en laissant à chacun le temps de l'appréciation, de la réflexion.

Avons-nous pu nuire au progrès de la science dans notre pays, en cherchant à centraliser les travaux des médecins belges? Nous l'ignorons; nous laissons à nos compatriotes le soin de décider cette question peut-être mal jugée par nous. Mais une erreur en ce point ne saurait avec justice nous être imputée à crime, puisque nous n'avons eu en

Digitized by Google

vue de nuire à personne, puisque nous n'avons voulu qu'être utiles.

Il est vrai, du reste, que nous donnons aux Sociétés qui nous fournissent leurs travaux, un certain nombre d'exemplaires, à leur convenance, de leurs Annales en partie, gratuitement, en partie à un prix très-modique. Nous pensons, par là encore, être utiles et non nuire à la science médicale en Belgique.

« Indépendamment de ces publications, la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, la Société de médecine d'Anvers et la Société médico-chirurgicale de Bruges, font faire un tirage à part de leurs travaux, qui paraissent séparément.

« L'*Encyclographie des sciences médicales*, dirigée depuis 1834 par M. le docteur Marinus, qui y avait annexé le *Bulletin médical belge*, dont il était le fondateur et le rédacteur en chef, a perdu de son importance par la retraite de ce médecin, retraite amenée par les tracasseries qu'on lui a suscitées et que déplorent amèrement les médecins belges amis de la science. »

A ce dernier paragraphe nous répondrons qu'il est de toute fausseté de dire que la retraite de M. Marinus, de la Société Encyclographique, et de la rédaction de l'*Encyclographie* et du *Bulletin médical belge*, ait été amenée par les tracasseries qui lui ont été suscitées; toujours ce médecin a dirigé à son gré et sans aucun contrôle les publications confiées à sa direction. Lui-même a déclaré dans l'*Emancipation* qu'il quittait VOLONTAIREMENT la rédaction de l'Encyclographie et il a fait répéter cet avis dans les autres journaux.

« Ce recueil, qui eut un immense succès en Belgique, a passé en d'autres mains; il se compose d'un choix d'articles puisés dans les journaux de médecine français, et non de la reproduction textuelle de ceux-ci, comme on l'avait promis aux souscripteurs, et ce choix est abandonné aux soins d'un seul directeur; les deux numéros qui ont paru cette année renferment peu de travaux originaux dus à la plume de médecins belges, et encore sont-ils dénués d'intérêt. Si nos renseignements sont exacts, les *Annales d'Oculistique* de M. Florent Cunier vont être réunies à l'*Encyclographie*, et y occuperont une section spéciale; un tirage à part des articles appartenant à cette section servira à former les livraisons des *Annales d'Oculistique* pour les abonnés à cette spécialité. »

Nous sommes assez heureux pour pouvoir apprendre au rédacteur français, ou plutôt à son officieux *secrétaire belge*, que le fait de la retraite de M. Marinus n'a exercé aucune fâcheuse influence sur le succès de l'*Encyclographie*, qui a, comme par le passé, et plus encore, continué d'aller croissant.

Le reste du passage auquel nous répondons est entaché d'une mauvaise foi plus grande que tout le reste, si c'est possible. Nous reproduisons textuellement ceux des articles français désignés par les *deux* médecins attachés à l'établissement, et non par *un seul*, ainsi que le dit le *Journal des Connaissances médicales*; la nouvelle classification que nous avons adoptée, et que tout le monde s'accorde à louer, n'a nullement porté sur le *fond*, mais uniquement sur la *forme* de notre publication, et permet indépendamment de tout autre avantage de consacrer à la science plus de vingt pages autrefois employées en titres, blancs, etc.

Nous laisserons aux médecins nos abonnés le soin de décider si les articles publiés dans le *Bulletin médical belge*, sont plus que par le passé, dénués d'intérêt; nous pouvons nous tromper, mais nous croyons une pareille attaque mal fondée.

Pour ce qui est des *Annales d'Oculistique* qui seraient ou devraient être réunies à l'*Encyclographie*, c'est là un nouveau mensonge du journal parisien; nous publions les articles de ce recueil que M. Cunier veut bien nous livrer, mais rien ne l'y oblige.

Poursuivons :

« Aucune de ces publications périodiques ne représente l'état complet de la science; mais elles renferment des travaux spéciaux et souvent fort importants, qui passent inaperçus en France; dorénavant nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces productions par des extraits aussi étendus que le comporte le cadre de notre Journal. »

Loin de nous de prétendre que l'*Encyclographie* « représente l'état complet de la science »; mais nous prétendons, sans crainte d'être contredits, que c'est le recueil le plus complet qui existe en aucune langue, et que la collection de cet ouvrage dont le succès ne s'est pas démenti un instant depuis bientôt huit années, est le répertoire le plus précieux qui ait été publié de nos jours.

Le *Journal des Connaissances médicales*, parle-t-il sérieusement, lorsqu'il annonce qu'il rendra compte dans ses piteuses 32 pages mensuelles d'impression, de notre recueil puisé dans les journaux français en général, dans quelques journaux étrangers, et qui comprend en outre les travaux originaux qui nous sont adressés par des médecins belges et étrangers?

Nous bornerons là notre réplique au journal français, et nous promettons bien à nos lecteurs de

Digitized by Google

ne plus les occuper de ces ridicules sorties qui sont bien plutôt l'expression d'un dépit mal dissimulé que de la consciencieuse défense des intérêts de la science.

La Direction de l'Encyclographie.

— Nous empruntons les lignes suivantes à un journal de Bruxelles, auquel nous en laissons la responsabilité :

« La médecine doit être un sacerdoce et non une exploitation. L'humanité ne saurait élever trop hautement la voix contre la persécution des corps scientifiques envers les plus utiles découvertes lorsqu'elles émanent de personnes étrangères à l'affiliation. Dès qu'un remède est bon il doit être adopté et l'inventeur récompensé à titre d'homme utile. Voici ce qui devrait être, mais voilà malheureusement ce qui n'est pas toujours.

» Souvent même le médecin qui aura transgressé les règles de la routine, ou trouvé des remèdes simples qui rendraient plus rares des opérations cruelles, trouvera même dans ses émules sinon l'inimitié au moins la jalousie et la prévention.

» M. Moons, chirurgien, sera plus heureux, nous aimons à l'espérer, dans ses démarches pour faire reconnaître par la commission médicale provinciale l'efficacité de son caustique pour débarrasser les femmes des tumeurs cancéreuses du sein. Il a présenté à la commission quatre femmes, savoir : l'une de 48 ans parfaitement guérie en moins de 4 mois, une de 38 ans guérie dans le même espace de temps, une cicatrice de bonne nature occupe la place des tumeurs enlevées; deux de 47 et 21 ans. Les plaies soumises à l'action du caustique offrent un aspect vermeil, la suppuration est peu étendue et les douleurs nulles.

» M. Moons s'est engagé de nouveau à publier la composition de son caustique aussitôt qu'il aura recueilli un assez grand nombre de faits pour convaincre ses collègues de l'efficacité de son remède.

» Nous espérons qu'il trouvera justice et que nos réflexions générales ne s'appliqueront pas à sa destinée.

» Il en est autrement du sort qu'éprouve un malheureux cordonnier, Jacques Périé, demeurant rue du Cimetière, n° 44, à Malines, inventeur d'un remède pour guérir la teigne, remède éprouvé par de nombreuses guérisons. A plusieurs reprises, et toujours sans succès, il a offert au gouvernement de publier sa recette sous condition d'obtenir une petite rente viagère, reversible sur la tête de sa femme. Tous deux sont octogénaires. Il écrivit au roi qui le renvoya au ministre et depuis ce temps Périé n'a plus rien appris.

» Il s'agit cependant ici de considérations de pure humanité, les guérisons opérées par Périé sont authentiques, la maladie que son remède attaque est très-dangereuse, et se traite fort difficilement.

» La commission médicale provinciale interviendra-t-elle en faveur de Périé, auprès du gouvernement ? Nous l'espérons sans trop nous y attendre. »

Digitized by Google

Digitized by Google

TABLE

ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

Digitized by Google

FIN DE LA TABLE.

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Digitized by Google

L'ABEILLE ET L'OBSERVATEUR MÉDICAL

RÉUNIS.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR J.-E. LEQUIME,

DOCTEUR EN MÉDECINE, MÉDECIN DES HOSPICES DE PACHÉCO, DES URSULINES ET DE STE.-GERTRUDE, SECRÉTAIRE DE LA COMMISSION MÉDICALE DE LA VILLE DE BRUXELLES, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES, ETC.

TOME TROISIÈME.

BRUXELLES,
SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,
RUE DE FLANDRE, N° 155.

1840.

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRE SUR L'HYDROMÉTRIE;

Par le docteur J.-P. HOEBEKE, membre correspondant de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, des Sociétés de médecine de Gand et d'Anvers, de la Société de Sciences naturelles de Bruges et de la Société médico-chirurgicale de la même ville.

(Suite.)

TRAITEMENT.

Lorsque l'hydramnios est une fois déclarée, il est impossible d'arrêter, ou même de ralentir ses progrès. La résorption de l'excès de liquide peut encore moins être espérée, et tous les traitements recommandés dans ces cas et qui sont les mêmes qui tour à tour ont été vantés contre l'hydropisie en général, tels que les diurétiques, les toniques, les dessiccatifs, etc., au lieu d'être utiles seront le plus souvent nuisibles. Le praticien devra dans ces cas se borner à prescrire un régime selon la nature des symptômes qui accompagnent cette espèce d'hydromètre, et à combattre ceux de ces symptômes, qui, par leur violence, deviennent insupportables, et attendre patiemment l'accouchement. Baudelocque dit avec raison, et nous l'avons observé dans deux cas, que ce terme n'est jamais éloigné du moment où les symptômes et les accidents deviennent le plus alarmants.

Cette conduite est celle que l'on aura à suivre dans le plus grand nombre de cas; mais il peut s'en rencontrer où l'art doive venir en aide à la nature, pour donner issue au liquide, ces cas n'arrivent ordinairement que lorsque l'orifice utérin est oblitéré. Cependant l'hydramnios peut être portée à un tel degré que la rupture de l'utérus devienne imminente, ou que les accidents qui résultent de la compression de l'estomac, de celle du cœur et des poumons, par le refoulement du diaphragme peuvent être si graves que les jours de la malade soient en danger; enfin cette maladie peut aussi être accompagnée d'autres affections telles qu'une anasarque, une ascite, ou quelqu'affection du cœur, et la nature des accidents peut alors obliger le praticien, à donner une issue à la collection renfermée dans l'utérus; quand ce ne serait même que pour prolonger de quelque temps la vie de la malade; dans ces cas, s'il ne peut parvenir à dilater l'orifice utérin ou si celui-ci est oblitéré, il sera obligé de pratiquer une issue artificielle. Camper pense que, dans ces cas, on peut sans crainte des suites graves, faire la ponction entre l'ombilic et le pubis. Scarpa adopte cette opinion, et cite à l'appui des observations de Bonn, Languis et Reiscard. Nessi a fait la ponction dans cet endroit, à une femme dont l'utérus offrait une double hydropisie de l'amnios Noël Desmarais a fait la même opération, et il n'en est résulté aucun accident; malgré cela, nous ne pensons pas que ce soit la marche qu'il fallait suivre, nous croyons au contraire, que dans les cas semblables, où on serait obligé de pratiquer une issue artificielle, il serait plus avantageux d'inciser ou de faire une ponction par le vagin, soit au col de la matrice, soit dans son voisinage. Telle est aussi l'opinion de Baudelocque; par ce procédé, on a moins à craindre l'inflammation de l'utérus, et nullement l'épanchement de la sérosité dans la cavité du péritoine. Nous rencontrons dans les annales de la science, quelques faits qui démontrent que les eaux de l'amnios s'écoulent parfois peu à peu, à des époques variables de la grossesse; sans que pour cela l'accouchement s'ensuive nécessairement. Nous choisirons, pour exemple, parmi plusieurs autres, l'observation du docteur *Burgess* rapportée dans *The Lond. med and. phys. journal*, année 1830, p. 115.

OBS. XVIII. — Mme B..., dit-il, âgée de 31 ans, d'une constitution délicate, déjà mère de 3 enfants, enceinte de 8 mois, fut attaquée dans la soirée du 10 juin 1829, d'une légère perte utérine accompagnée d'une évacuation considérable des eaux de l'amnios. L'avortement paraissait imminent; on lui ordonna des médicaments astringents, le repos absolu et la position horizontale. Les préparations opiacées furent administrées, et des applications froides furent faites sur la région des pubis et sur les parties naturelles, on ne pouvait attribuer ces accidents qu'aux fatigues d'une promenade que cette dame avait faite le jour précédent. Le traitement eut l'effet désiré, car l'hémorrhagie s'arrêta, mais l'évacuation des eaux de l'amnios continua. Tout alla bien jusqu'au 10 septembre, époque où l'hémorrhagie reparut avec

Digitized by Google

violence. On prescrivit le repos absolu, et on fit usage de la teinture d'opium à hautes doses, et de la mixture d'une infusion de roses et d'acide sulfurique étendu. Des compresses froides furent appliquées comme auparavant. La perte cessa le 11, Mme B.... se plaignait de pesanteur dans le vagin, comme si l'enfant allait être expulsé. En examinant, on découvrit un large caillot, que je me gardai d'extraire dans la crainte de rappeler des dangers. 50 gouttes de teinture d'opium furent immédiatement administrées, et procurèrent à la malade un sommeil de deux heures, à la suite duquel elle se sentit mieux et fut affranchie de la perte. Cependant les eaux de l'amnios continuèrent de couler; le pouls était faible et battait 80 fois. Il y avait constipation, douleur à la tête et chaleur à la peau : la langue était chargée, la malade s'était plainte de nausées. On prescrivit une potion saline pour arrêter ces derniers accidents, et l'huile de ricin fut administrée avec de l'eau de cannelle. Le caillot s'échappa des parties le matin; le soir Mme B... parut beaucoup mieux; elle avait eu d'abondantes selles. Les eaux de l'amnios continuèrent encore de couler. Le 14, l'amélioration se maintint, mais la liqueur amniotique s'échappa encore pendant plusieurs jours des parties naturelles. La malade fut maintenue dans le repos, Des apéritifs furent donnés. Le 24, une légère hémorrhagie apparut; elle cessa au bout d'une demi-heure. Le 25, Mme B... eut un retour d'hémorrhagie, mais toujours sans douleur; je pratiquai le toucher, et trouvai le col de l'utérus encore fermé; la perte fut encore arrêtée par les moyens précédemment employés. Les eaux de l'amnios ne continuèrent point à paraître jusqu'au 6 octobre, époque où je fus appelé. L'hémorrhagie avait reparu avec violence, la femme était très-faible; la pâleur de tout son corps attestait à quel danger elle était exposée. J'administrai un léger cordial avec la teinture d'opium et du vin. Les eaux de l'amnios continuèrent à s'échapper. Tout alla bien jusqu'au 23, époque où les dangers reparurent; mais alors le travail s'annonça par de légères douleurs qui se succédaient de dix en dix minutes; il était accompagné de l'écoulement des eaux de l'amnios et de la perte de sang. A l'aide du toucher, je reconnus que l'orifice était dilaté à peu près de la largeur d'un schelling. Durant chaque douleur, je tentai d'augmenter cette dilatation au moyen des doigts de ma main droite; je découvris alors que le placenta était attaché sur le col. L'orifice interne était rigide, état qui ne se rencontre pas ordinairement dans les cas de pertes utérines; j'espérais que les contractions prendraient plus de fréquence et d'intensité, mais il en fut autrement; elles devinrent graduellement plus faibles et plus rares. Je me déterminai alors à administrer une décoction de seigle ergoté. Au bout de douze minutes de cette médication, les douleurs parurent expulsives et plus fortes, et cinq minutes après l'orifice était suffisamment dilaté pour me permettre d'introduire la main dans la matrice et de terminer l'accouchement. Après avoir porté la main dans cette cavité, du côté où le placenta était détaché, je sentis la tête de l'enfant au-dessus de cet organe; mais en cherchant à ramener les fesses au détroit abdominal, une violente contraction survint, et je crus nécessaire de retirer la main pour ne point exposer la matrice à être déchirée. La tête du fœtus la suivit dans le vagin, et arriva bientôt au dehors. L'enfant était vivant; le travail n'était pas encore terminé, car un second enfant était renfermé dans la matrice. La poche des eaux se forma, et je rompis les membranes; un second fœtus fut expulsé accompagné des deux placentas, et sous l'influence de la même contraction. L'hémorrhagie cessa. En examinant le placenta du premier enfant, on voyait qu'il y avait eu décollement dans la moitié de son étendue, et qu'une grande partie était cicatrisée. La femme se releva heureusement de ses couches.

Quelques praticiens ont conclu de là qu'il serait peut-être possible, en produisant artificiellement ce que la nature avait fait dans ce cas, c'est-à-dire en évacuant peu à peu le liquide, de faire en sorte que la grossesse parvint à son terme, et que la vie fût conservée à l'enfant. Ils ont été d'autant plus portés à admettre cette opinion, que dans des cas d'hydramnios, la ponction sus pubienne ayant été pratiquée, et le liquide évacué en partie, la grossesse continua jusqu'à ce que la quantité de liquide ayant encore une fois porté la dilatation de la matrice au dernier degré, cet organe a dû réagir et se débarrasser de ce qu'il contenait (1). Peut-être que dans ces cas même une ou deux ponctions subséquentes eussent permis à la grossesse de parvenir à son terme naturel. Ils ont donc proposé, afin d'obtenir ce résultat et d'éviter les accidents que pourrait produire la ponction sus-pubienne, d'aller, au moyen d'une sonde de femme introduite par le col utérin, percer les membranes à une certaine hauteur, afin de laisser écouler peu à peu le liquide, de crainte que la matrice, revenant graduellement et presqu'insensiblement sur elle-même, ne vienne à se contracter brusquement et à expulser tout à coup ce que contient sa cavité.

Quoi qu'il en soit, ce procédé pour rompre la poche amniotique et pour évacuer tout, ou en partie, le liquide qu'elle contient dans l'hydramnios, nous paraît devoir être préféré. De cette manière on évitera au moins la sortie brusque du liquide, l'hémorrhagie utérine, la syncope, etc., qui arrivent fréquemment lorsque la collection est évacuée tout à coup. Quel que soit le lieu où l'on ait donné issue à la collection, ce serait dans presque tous les cas une chimère que d'espérer par là sauver l'enfant, ou de faire que la grossesse parvienne à son terme. La femme après être délivrée, ne demande

---

(1) *Encyclographie*, tom. XXII, *Archives*, p. 12.

Digitized by Google

d'autres soins que ceux indiqués après l'avortement ou l'accouchement naturel.

DE L'HYDRALLANTE.

Nous avons dit qu'il y avait deux sortes d'hydromètre des femmes enceintes nous venons de décrire la première ou l'hydramnios ; celle dont nous avons à nous occuper a reçu une foule de dénominations ; les uns, comme Deleurie, l'ont nommée fausses eaux, d'autres lui donnent le nom d'eaux sauvages, de métrorrhée séreuse, enfin M. Dugès la désigne sous le nom d'hydrallante, par rapport au siége qu'il lui attribue.

Les auteurs ne sont d'accord ni sur le mode de production ni sur le siége de cette hydrometre ; Astruc dit qu'elle s'accumule entre la matrice et les membranes (1) ; selon Deleurie, ces eaux s'épanchent entre la duplicature des membranes où il prétend les avoir trouvées, dans un cas où l'enfant était sorti enveloppé dans ses membranes et comme en peloton. Selon Maygrier, ces fausses eaux ne sont qu'une transsudation abondante des vraies eaux à travers le tissu poreux des membranes, particulièrement dans l'endroit où ces membranes commencent à se détacher de l'utérus, lors des premières contractions de la matrice. C'est ce qui fait, *dit-il*, qu'elles s'écoulent toujours un certain temps avant l'accouchement, sans aucun danger pour la mère ou pour l'enfant. Baudelocque pense aussi qu'elles sont tamisées par l'amnios ; d'autres croient qu'elles sortent par une rupture de cette membrane. L'abondance que présente souvent l'écoulement et l'impossibilité d'une cicatrisation dans une membrane telle que l'amnios, doit faire rejeter ces dernières opinions. Suivant quelques accoucheurs, c'est entre la caduque utérine et la caduque réfléchie que ce liquide aurait pris naissance. M. Dugès ayant trouvé dans les premiers temps de la gestation, un espace évident et ample, occupé par une humeur gélatineuse, entre l'amnios et le chorion du côté du placenta, là où on s'accorde à placer l'allantoïde ; c'est cet endroit qu'il suppose être le siége de cette collection. C'est cette dernière opinion que nous partageons. Nous croyons que son mode de production est le même que celui de l'hydramnios.

Causes. Cette affection bien plus fréquente qu'on ne le pense généralement, passe le plus souvent inaperçue, aussi n'offre-t-elle aucun danger ni pour la mère ni pour l'enfant ? Rien n'a pu jusqu'ici nous faire connaître les causes de cette légère maladie.

Symptômes. Les symptômes de l'hydrallante sont nuls, et rien ne peut jusqu'à présent nous en révéler l'existence avant l'écoulement des eaux. Cet écoulement peut n'avoir lieu qu'une seule fois ; d'autres fois il se renouvelle à plusieurs reprises.

Obs. XIX. — Mme Storke eut un premier accouchement extrêmement laborieux, qui nécessita l'emploi du forceps pour la délivrer ; lors de sa seconde grossesse, étant arrivée au troisième mois, elle perdit tout à coup, une quantité de liquide qu'elle évaluait à une livre environ, un léger écoulement continua pendant quelques jours, puis se supprima sans qu'elle ressentît aucune altération dans sa santé, ni aucun changement dans sa gestation. Depuis lors, tous les mois environ, le même écoulement eut lieu, sans plus d'incommodités, ni sans s'accompagner d'aucun symptôme. La grossesse arriva à son terme, l'accouchement fut naturel, et l'enfant quoique bien portant, était moins gros que le précédent.

Lors de l'écoulement des eaux, il est important que le praticien distingue si l'écoulement vient de l'allantoïde ou de l'amnios ; lorsque les eaux viennent de l'amnios, l'avortement est inévitable, alors cet écoulement est précédé d'effusion de sang, de douleurs utérines, souvent de fièvre et de frissons, il est suivi d'une réduction considérable du volume de l'utérus, d'un durcissement de ce viscère, de contractions renouvelées, de ramollissement du col et de dilatation aux orifices interne et externe. Dans l'hydrallante, au contraire, l'écoulement a lieu sans prodromes, l'eau est pure et à peine sanguinolente, il n'y a ni douleurs, ni réduction dans le volume de l'utérus, la quantité de liquide qui s'écoule est toujours minime, dépasse rarement deux à trois pintes, et n'atteint presque jamais la

(1) M. Chassinat partage cette manière de voir; voici son opinion, d'après le rapport que M. Moreau a fait à l'Académie royale de médecine sur un travail de cet auteur (*).

1° La métrorrhée séreuse survenant à une époque variable de la grossesse, est une maladie sur l'existence de laquelle on ne peut élever de doutes ;

2° Dans l'immense majorité des cas, le liquide qui constitue l'écoulement est sécrété entre la surface interne de l'utérus et les enveloppes du fœtus, après le décollement de ces mêmes enveloppes. Cela a toujours lieu quand le flux est abondant et répété plusieurs fois ;

3° Les causes qui semblent favoriser cette sécrétion morbide sont la polyhémie générale ou une irritation de l'utérus, survenues assez souvent après une violence externe ;

4° Le signe pathognomonique de la maladie est la sortie par la vulve d'un liquide ordinairement limpide et ténu, de couleur citrine, accompagnée ou non de contractions douloureuses de l'utérus ;

5° Il n'existe aucune lésion anatomique qui soit propre à cette maladie ;

6° En général le flux séreux utérin n'est dangereux ni pour la mère, ni pour l'enfant. La grossesse arrive à son terme normal ; la poche des eaux se forme, et le liquide amniotique est abondant comme à l'ordinaire ;

7° Quant au traitement, le plus souvent il n'y a rien à faire ; seulement, quand la pléthore est trop considérable, on peut la diminuer en tirant du sang et en empêchant d'en faire. Dans tous les cas, la marche de la grossesse doit être abandonnée à elle-même, et l'accouchement livré aux seuls efforts de la nature, à moins de complications graves ;

8° Le travail de parturition n'est ni plus long, ni plus laborieux.

(*) *Encyclographie*, tom. II, 2e série, Soc. sav.

Digitized by Google

quantité que nous avons vue dans l'observation que nous avons rapportée plus haut.

Ce que nous venons de dire de cette maladie montre évidemment qu'elle ne réclame aucun traitement actif. Néanmoins, le praticien doit se tenir sur ses gardes, et il est prudent de se conduire dans ces cas, comme si l'avortement était imminent. Ainsi, il devra tranquilliser le moral de la malade, lui recommander le repos absolu, le décubitus au moins pendant quelques jours, la diète, et s'il y a des signes évidents de pléthore, la saignée.

DE L'HYDROMÈTRE HYDATIQUE (1).

L'hydromètre hydatique, consiste dans une masse plus ou moins considérable de petites vessies pleines d'eau, qui prend naissance et se développe dans la cavité de l'utérus.

Cette affection est connue sous diverses dénominations : on l'a désignée sous les noms de môle vésiculaire, faux germe, acéphalocystes en grappe, môle hydatique, masse aqueuse.

La môle vésiculaire est formée par un grand nombre de petites vessies remplies d'un liquide transparent, que l'on prendrait pour des œufs de grenouilles. Chacune de ces petites vessies présente un pédicule mince, qui va s'attacher à un pédicule commun. La disposition de ces petits corps vésiculaires lui donne quelque ressemblance avec une grappe de raisin. Ces vésicules ou acéphalocystes sont renfermées dans un kyste dont les parois sont quelquefois très-minces, d'autres fois, offrent une consistance plus grande. Ce kyste adhère aux parois de la matrice par un tissu cellulaire plus ou moins lâche, de la même manière que les membranes de l'œuf humain. Le volume de ces vésicules n'est pas le même dans tous les cas, les unes sont comme des grains de pavots, d'autres sont plus considérables, on en a vu de la grosseur d'un œuf de pigeon; d'autres mêmes, qui dépassaient ce volume.

Les anciens ne considéraient ces petites vessies pleines d'un liquide transparent, qui constituent l'hydromètre hydatique, que, comme autant d'œufs clairs non fécondés. On substitua à cette opinion, celle qui attribuait l'origine de ces vésicules à l'inflammation de la membrane muqueuse de la matrice ; ensuite, on la regarda comme due à une phlegmasie du tissu cellulaire de la face interne de ce viscère, ou de ses glandes ; puis, à ces petits corps glandiformes que l'on rencontre dans le col de l'utérus, chez les filles comme chez les femmes, qui résultent d'une disposition anormale du col de la matrice, qui a été désignée autrefois sous le nom d'œufs de Naboth, et dont Morgagni a donné une excellente description.

A une époque plus rapprochée de nous, quelques anatomistes célèbres, regardèrent ces bulles aqueuses comme le résultat de la maladie de l'œuf humain, et leur donnèrent pour origine la dégénérescence du produit de la conception. D'autres les ont attribuées au renflement des vaisseaux lymphatiques, à la dilatation des vaisseaux sanguins. D'autres enfin, regardent ces vésicules comme de véritables hydatides ou vers vésiculaires du genre acéphalocyste.

La disposition vésiculeuse a été reconnue par plusieurs anatomistes, dans les villosités du placenta ; Valisnieri, a vu dans les expériences microscopiques qu'il a répétées d'après Blancardi, que les vaisseaux lymphatiques qui se trouvent dans le placenta, dans le chorion, dans l'amnios et dans le cordon ombilical, ont, par une disposition naturelle, un certain nombre de globules ou petites vessies, qui se développent, se gonflent à l'intérieur de ces vaisseaux lymphatiques ; que ces mêmes vaisseaux se subdivisent en un grand nombre de ramuscules déliées qui se terminent chacune par une petite vessie. Cette disposition globulo-lymphatique, dit l'auteur, que nous venons de citer, avait été reconnue par d'habiles observateurs, comme un appareil destiné à la nutrition du fœtus. La nature et l'arrangement de cet appareil ne sont bien appréciables, ajoute-t-il, que dans la maladie en question, ainsi qu'il arrive dans beaucoup de cas d'affections du système lymphatique chez l'adulte.

Les travaux du professeur Velpeau sur l'embryogénie sont venus confirmer les découvertes qui avaient été faites, il y a plus d'un siècle ; en effet, cet auteur a vu, sur des œufs d'un mois à six semaines, soit à l'œil nu, soit armé d'une loupe, que l'extrémité d'une infinité de ramuscules présente un renflement subit, arrondi ou ovale, qui offre l'apparence d'une vésicule ; que ces renflements existent aussi en grand nombre sur la continuité de ces ramuscules ; de sorte que ces rameaux vasculaires présentent l'aspect d'une grappe de groseilles, ou, pour mieux dire, d'une grappe de ces vésicules, dont l'ensemble compose la môle hydatique. L'examen de ces pièces, continue le même professeur, fait naturellement naître l'idée que la môle hydatique, n'est que le produit de cette disposition naturelle ou morbide, portée au plus haut degré de développement.

Comme on le voit, diverses opinions ont tour à tour été émises sur la nature des vésicules qui composent la môle hydatique ; aujourd'hui même, les auteurs ne sont pas encore d'accord sur ce point. Les uns, tels que le célèbre Percy, Capuron et autres, considèrent les vésicules dont elle est composée, comme de véritables animalcules; d'autres la regardent comme la disposition vésiculeuse du système vasculaire de l'œuf humain portée au plus haut degré de développement, d'autres encore, pensent qu'elle est le résultat d'une maladie du produit de la conception ou de ses enveloppes.

---

(1) Nous possédons un excellent mémoire de Mme Boivin sur cette maladie, aussi dans la plus grande partie de ce travail, nous avons cru ne pouvoir faire rien de mieux que de le copier.

Digitized by Google

Il nous est impossible de décider laquelle de ces opinions devrait prévaloir : toutes ont des raisons qui militent en leur faveur. Mais si, comme le dit Mme Boivin, cette disposition vésiculeuse ne se rencontre pas toujours, puisque sur un certain nombre d'œufs de divers termes, qu'elle a examinés, elle ne l'a observée bien distinctement qu'une fois ou deux, il semblerait donc, qu'au lieu d'être une disposition naturelle, elle serait bien plutôt l'effet d'une maladie de la membrane, ce qui ferait rentrer la seconde opinion que nous avons indiquée plus haut, dans la troisième. Dans tous les cas, en admettant même que cette disposition vésiculeuse soit naturelle, pour être portée à un point de développement tel, qu'elle puisse constituer la maladie dont nous nous occupons, elle ne saurait l'être que par l'effet d'un travail anormal ; ainsi elle sera dans les deux hypothèses, toujours due à une maladie de l'œuf.

Ceux qui regardent la môle hydatique comme une dégénérescence du produit de la conception, résultat d'une maladie de l'embryon, du placenta ou des membranes, ont la grande majorité des faits en leur faveur. En effet, nous trouvons dans les auteurs, un grand nombre d'observations dans lesquelles, on a vu expulser, simultanément, une masse vésiculeuse et des débris de fœtus ou de placenta. De plus, presque toutes les observations de môles hydatiques, ont eu pour sujet des femmes mariées ou des personnes qui ne vivaient pas dans la continence.

Mais ceux qui considèrent ces vésicules comme de véritables acéphalocystes s'appuient sur le fait rapporté par Percy, qui dit avoir rencontré une môle vésiculaire chez une jeune personne vierge, et avoir vu même une de ces vésicules, qu'il avait prise dans la paume de la main, exécuter des mouvements évidents. Ce fait encore unique dans la science a été diversement commenté, pour prouver que le savant professeur avait été induit en erreur. Quoi qu'il en soit, des hydatides libres ou solitaires peuvent de l'aveu de tous les auteurs, se développer dans l'utérus ; et de même que les vésicules en grappe, qui sont regardées aussi comme des hydatides, et que l'on a vues quelquefois développées au cerveau, au poumon, au foie, etc., sont absolument semblables à la môle vésiculeuse, que le liquide que contiennent ces vésicules de même que celui des acéphalocystes, est lympide, et ne se coagule ni par le feu, ni par l'alcool ; on pourrait considérer la môle hydatique comme une espèce particulière d'acéphalocyste, qui établirait le passage entre les kystes entozoaires et les kystes séreux et autres (1). Nous croyons que de même que les hydatides en grappe des autres organes, celles de la matrice peuvent se développer sans qu'il y ait eu préalablement conception, et qu'elles peuvent être le résultat d'un état inflammatoire de l'utérus, mais qu'elles sont plus fréquemment le résultat de celle des enveloppes du fœtus ou de l'embryon même.

L'observation suivante rapportée par M. Placido Portal, de Palerme, semble confirmer cette opinion.

Obs. XX (1). Une dame âgée de 33 ans, d'une constitution faible, mère de plusieurs enfants, arrivée au quatrième mois de sa grossesse, commença à souffrir de douleurs à l'hypogastre, dans l'utérus et les lombes, accompagnées de mouvements extraordinaires dans tout son corps, tels qu'elle n'en avait jamais éprouvés auparavant. Ces phénomènes furent suivis d'une hémorrhagie utérine et d'une fièvre intense, qui dura pendant cinq jours. L'hémorrhagie reparut de nouveau et donna issue à un fluide sanguinolent avec des caillots et une petite grappe d'hydatides. L'auteur fut appelé et trouva le vagin rempli de grappes hydatiques et l'orifice de l'utérus dilaté du diamètre d'un écu (scudo). L'expulsion de ces hydatides acéphalocystes (acephalocystis racemosa), au nombre de 6070, qui pesaient ensemble neuf livres et demie, dura trois heures et fut accompagnée de douleurs atroces. Ces hydatides étaient de différentes grosseurs, et variaient depuis celle d'une graine de moutarde jusqu'à celle d'une noix ; ces vésicules étaient sans suçoirs, à parois diaphanes, d'un tissu fragile, remplies d'un liquide limpide et albumineux, comme du blanc d'œuf ; elles n'étaient pas contenues dans un kyste. L'auteur croit au contraire qu'elles nageaient librement dans la cavité de l'utérus ; elles étaient attachées les unes aux autres au moyen de filaments. L'expulsion de cette immense quantité d'hydatides achevée spontanément, les douleurs diminuèrent, l'orifice de l'utérus se ferma et laissa suinter pendant quelques jours des lochies d'une odeur très-fétide. La malade se rétablit lentement de l'abattement général et de l'inflammation des organes génitaux et urinaires, qui avaient succédé à cet accident.

D'après ce que nous venons de dire on voit que nous ne partageons pas entièrement l'opinion de Mme veuve Boivin et Dugès (2), quoique nous reconnaissions avec ces auteurs une môle vésiculaire creuse, et une môle vésiculaire en masse. En effet ces auteurs considèrent ces deux espèces de môles comme le résultat d'une même cause, c'est-à-dire, comme étant toujours dues à la dégénérescence de l'œuf, mais à un point plus ou moins avancé. Nous croyons au contraire que ces produits quoique de même nature, sont les effets de la maladie de deux corps différents. Nous pensons 1° que la môle creuse est le résultat, ou d'une dégénérescence de l'ovule ou du placenta, et qu'alors on trouvera toujours dans ces sortes de môles une cavité plus ou moins

(1) *Dict. de méd. et de chir. pratiq.*

(1) *Il Filiatro Sebezzio*, avril 1835.

(2) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*; par Mme veuve Boivin et Dugès.

Digitized by Google

grande, mais qui ne s'effacera jamais complètement, contenant soit seulement du liquide, ou en même temps un fœtus plus ou moins développé ou des débris de celui-ci ; 2° que lorsqu'elle dépend de la désorganisation de l'embryon, il n'existera pas de cavité, mais que l'on trouvera toujours des traces qui permettront de reconnaître les enveloppes de l'œuf à quelque degré que la maladie soit parvenue; dans tous les cas, la môle vésiculaire résultant de la maladie du produit de la conception, aura toujours une partie centrale ou noyau, de nature charnue et vasculaire.

La môle en masse est pour nous le résultat d'une affection de l'utérus, elle peut se développer dans la cavité de la matrice comme il s'en forme dans les sinus du cerveau, dans les oreillettes et les ventricules du cœur, etc. Nous croyons d'autant mieux pouvoir admettre cette opinion qu'il s'en forme quelquefois dans l'épaisseur des parois de la matrice comme on en trouve au milieu du foie, des muscles, des reins, etc. (1). Cette espèce de môle nous semble entièrement indépendante d'une conception antérieure quoiqu'elle puisse exister en même temps qu'un ambryon (2); ces sortes de productions sont entièrement formées de vésicules et enveloppées d'une membrane très-fine de nature celluleuse, qui se distingue facilement des enveloppes d'un œuf humain.

L'hydromètre hydatique n'est pas une preuve de stérilité, et n'entraîne pas cet état à sa suite, car beaucoup d'observateurs rapportent des cas d'hydromètre hydatique qui avaient été précédés ou ont été suivis de grossesses naturelles. On a rencontré, cependant, des femmes qui n'ont pu produire que des môles vésiculeuses; jusqu'ici on n'a pas encore pu en désigner la véritable cause. Mme Boivin l'attribue à une disposition morbide ou de l'ovaire, ou de l'ovule fécondé, ou à une disposition fâcheuse de la matrice.

Causes. Cette maladie, quoique plus fréquente que l'hydromètre ascitique et que l'hydramnios, présente bien plus d'obscurité dans ses causes; ou plutôt, elles sont encore ignorées. Seulement, nous croyons que l'origine la plus fréquente de cette affection est la maladie des membranes de l'œuf. La faiblesse constitutionnelle, l'atonie de l'utérus, son inflammation chronique, l'irritation ou un état de congestion permanent de ce viscère, l'inobservation des règles hygiéniques, sont, selon les auteurs, aussi propres à faciliter le développement de cette affection, qu'à favoriser la génération de vers hydatiques, des acéphalocystes dans les autres viscères.

Symptômes. — Les signes qui caractérisent la môle vésiculeuse ne sont ni moins obscurs ni plus constants que ceux des autres espèces d'hydromètres que nous avons examinés précédemment ; le diagnostic de cette maladie doit donc offrir les mêmes difficultés. Cette maladie débute aussi par simuler une grossesse commençante ; les règles se suppriment pendant quelques mois, d'autres fois leurs époques sont plus rapprochées ; l'appétit devient bizarre, le ventre se développe, l'estomac devient sympathiquement le siége d'une irritation vive ou d'un état spasmodique fatigant, qui s'accompagne de nausées, de vomissements, d'anxiétés. La femme éprouve des douleurs dans les cuisses, dans les jambes, dans les reins. Les membres inférieurs deviennent quelquefois le siége d'un œdème. La malade éprouve un sentiment de pesanteur dans le bassin. Quelquefois un ptyalisme abondant épuise la malade; l'amaigrissement de la face, l'impatience, une susceptibilité nerveuse dénotent parfois l'altération de la santé. Ordinairement, et à des époques indéterminées, surviennent de petites pertes sanguines ou séreuses : chez quelques femmes le ventre se développe très-rapidement, chez d'autres l'accroissement n'a lieu que lentement, mais toujours d'une manière ascendante comme nous l'avons fait remarquer pour les autres espèces d'hydromètre. Nous devons faire observer, avec Mme Boivin, que le développement de bas en haut de l'abdomen a lieu dans toutes les intumescences des organes contenus dans le bassin.

Ordinairement dans l'hydromètre hydatique les mamelles se gonflent, l'aréole devient plus foncée, le mamelon suinte sous la pression une humeur lactiforme ; le col utérin est souvent plus bas que dans l'état naturel, son orifice est presque toujours béant ; lorsqu'on parvient à le faire franchir par le doigt on sent un corps mou, inégal, spongieux ; un écoulement séreux a presque toujours lieu par la vulve.

Comme nous en avons fait la remarque, les symptômes de cette maladie n'existent pas constamment ; c'est ce qui en rend le diagnostic souvent si difficile. Ce n'est que lorsque l'on s'est convaincu par le toucher, par l'auscultation et par la percussion de l'abdomen qu'il n'existe dans l'utérus ni fœtus, ni fluide, que l'on s'est assuré que ce viscère n'est occupé que par une masse qui en remplit toute la capacité, que cette masse est compacte, plus ou moins compressible, que l'on peut supposer l'existence de la môle vésiculaire. Le signe le plus certain est la sortie de quelques hydatides, mais ceci n'arrive presque jamais qu'immédiatement avant l'expulsion de la masse. Si l'on était appelé de bonne heure à constater l'état de l'utérus, et si l'on pouvait suivre la marche de son développement, peut-être reconnaîtrait-on plus facilement cette maladie ; mais malheureusement les gens de

(1) On a vu plus haut que ces hydatides développées au milieu des tissus de l'utérus avaient été désignées par Franck sous le nom d'*Hydromètre celluleuse*.

(2) On a rencontré quelquefois une masse d'hydatides, et un embryon bien constitué, ce qui n'a pas toujours empêché la grossesse d'arriver à son terme. Dans les grossesses gemellaires où les embryons se trouvent dans des poches distinctes, cette dégénérescence peut affecter l'une d'elles seulement ou toutes les deux à la fois.

Digitized by Google

l'art ne sont demandés, en pareil cas, que lorsque le travail s'annonce, et le plus souvent les vésicules sont expulsées avant l'arrivée de l'accoucheur ou de la sage-femme.

Obs. XXI. — Marie Legrand (1), femme Chominot, tisserande nécessiteuse du village de Neuville-sur-Vanner, près de Troyes, est dans sa 43e année. Sa complexion se montre résistante malgré une conformation généralement grêle. Sa menstruation est encore assez habituellement régulière. Elle a eu huit couches naturelles, quoique plus ou moins pénibles, et toutes les huit d'enfants arrivés bien à terme : la dernière de ces couches date de quatre ans.

Il peut y avoir une dizaine de mois qu'elle se jugeait au quatrième d'une grossesse ordinaire, quand elle eut une abondante perte de sang. Elle rendit alors, dit-elle, une boule de chair lourde et ferme, que nous jugeons, sur son dire, avoir dû être une môle charnue; mais qui ne fut malheureusement pas examinée, parce que la pauvre malade, à la campagne, et sous le poids d'une extrême misère, n'avait osé faire appeler personne à cette occasion.

Le mois suivant ses règles firent une courte apparition ; elle ne les a plus revues ensuite.

Environ 4 mois après, la femme Chominot eut lieu de se croire encore une fois enceinte, sans pourtant en être sûre. Cette pauvre femme devint, dans le même temps, de la part des villageois de sa commune, l'objet de propos offensants et d'imputations calomnieuses, dont elle fut vivement affectée.

C'est à cette époque où elle éprouva, dit-elle, trop de révolutions, qu'elle rapporte l'origine de sa maladie actuelle. Ce fut alors aussi qu'une tumeur dure, arrondie, d'une très-grande sensibilité à la pression et augmentant graduellement de volume, se manifesta dans la capacité de l'abdomen, dont elle occupait le côté droit.

Admise à l'Hôtel-Dieu (2), dans le service de médecine, on avait opposé sans succès la saignée locale, les cataplasmes, etc., aux douleurs que lui causait cette tumeur abdominale d'une étiologie incertaine. Le toucher, auquel avait procédé avec soin, dès l'arrivée de cette malade à Troyes, un jeune accoucheur instruit et journellement exercé par la pratique, l'avait porté à nous déclarer que, dans sa conviction, l'utérus ne renfermait rien.

Plus de six semaines se passèrent ensuite sans autres phénomènes observés.

Dans la journée du 22 octobre, elle éprouva des douleurs plus fortes que toutes celles qu'elle avait endurées jusqu'alors. Il lui semblait, à chacune de ses douleurs, disait-elle, d'abord qu'on la coupait tout au travers du ventre, et aussitôt après, elle se sentait monter au cou une sensation d'étouffement insupportable.

Le 23, à la chute du jour, quand la sœur de la salle me pria d'examiner cette femme, ses douleurs qui s'étaient un peu ralenties, venaient de la reprendre avec violence.

Les signes évidents d'un travail de parturition chez la malade me frappèrent de suite quand je m'approchai d'elle. Je voulus donc immédiatement recourir au toucher, quoique la sœur me rappelât à ce sujet, qu'on avait pourtant bien assuré que la matrice ne contenait absolument rien; en parvenant à l'orifice utérin, je le trouvai déjà dans un grand état de dilatation. En pénétrant ensuite dans cette ouverture, je sentis que mon doigt s'y enfonçait dans une substance mollasse et sans cohésion, qui se perforait et déchirait au plus léger contact; quand je le retirai de la vulve, ce doigt n'était pas même ensanglanté. Je reconnus, comme on le devine sans peine, que cette substance devait être celle d'un placenta plus ou moins transformé dans son tissu vasculeux, et dont l'expulsion devait, désormais, tarder fort peu à s'opérer spontanément (1).

Comme cependant j'étais attendu ailleurs à heure fixe et forcé de m'y rendre sans retard ; comme rien ne semblait d'ailleurs encore devoir être précipité dans le but d'abréger les souffrances de cette femme en travail, puisque c'étaient des douleurs utérines expulsives qu'elle éprouvait sans qu'il s'y joignît aucun des accidents qui obligent à brusquer les choses, je m'éloignai en recommandant bien de ne plus quitter cette malade un seul instant.

J'avais aussi recommandé, en partant, de faire venir près d'elle M. Viardin, notre ancien élève, officier de santé, adjoint au service chirurgical de l'hospice. Il y était vers neuf heures du soir, lorsqu'il survint une abondante ménorrhagie coulant à l'extérieur. La vulve livrait en même temps passage à une portion de la masse placentaire transformée. L'aide-chirurgien présent se hâta d'introduire alors sa main autour d'elle dans l'utérus, dont l'orifice était assez ouvert pour la recevoir sans difficulté. Il reconnut que cette production anormale adhérait aux parois de la matrice dans plusieurs points, et en opéra le décollement successif avec ses doigts. Enfin cette masse inondée, mollasse et pesante, s'échappa au dehors, et il la recueillit aussitôt dans une grande terrine évasée.

L'hémorrhagie cessa promptement ensuite, et les douleurs s'apaisèrent, dit la malade, comme si on les lui eût ôtées avec la main.

L'examen du produit expulsé nous le fit reconnaître pour une masse innombrable de vésicules

(1) *Lancette française*, observation recueillie par M. le docteur Bédor, attaché à l'hôpital civil et militaire de Troyes, novemb. 1834.

(2) 1834.

(1) On voit que, pour M. le docteur Bédor, la môle vésiculeuse consiste toujours dans une transformation du système vasculaire du placenta, que par conséquent il doit toujours y avoir eu préalablement conception.

Digitized by Google

hydatiformes, les unes ovoïdes et les autres régulièrement sphériques, variant pour le volume entre celui d'un gros pois et celui d'un grain de millet. Cette agrégation de vésicules translucides, accumulées par myriades en une masse unique, n'affectait aucune forme. Elle s'étalait, s'affaissait et se répandait en glissant comme un corps liquide. Placée dans une balance, et déduction faite de la pesanteur du vase qui la contenait, cette masse hydatique pesait trois livres, non médicinales, mais bien de seize onces. Quelques faibles parcelles de fibrine se rencontraient vers son centre; mais ce fut bien en vain que nous tâchâmes de découvrir entre ces flots de vésicules quelques traces de l'existence d'un fœtus.

Obs. XXII (1). — Une femme, âgée de 24 ans, qui, la seconde année de son mariage, avait eu un enfant très-sain, éprouva, l'année suivante, une suppression accompagnée d'une tumeur du ventre, d'un gonflement des mamelles, et d'autres symptômes analogues, qui lui firent croire qu'elle était grosse. Cependant elle en douta, au bout de deux mois, à cause d'une perte qui lui survint, et qui revint opiniâtrément tous les trois, quatre ou six jours, sans qu'aucun remède pût l'arrêter. Mais, comme son ventre continua de grossir toujours de plus en plus, elle se persuada que c'était un signe infaillible de grossesse. Elle avait en même temps une soif insupportable, qu'elle calmait en buvant de l'eau, parce qu'elle ne pouvait boire de la bière sans la vomir. Dix-huit semaines s'étant écoulées, elle ressentit de cruelles douleurs comme pour accoucher, et bientôt elle rendit par la matrice, à quatre reprises, un grand nombre de vésicules membraneuses ou d'hydatides remplies d'une lymphe diaphane, attachées les unes aux autres par le moyen de quelques fibres, comme sont les œufs de grenouilles, et de différentes grosseurs; les plus grosses étaient comme des avelines, et les plus petites comme des grains de poivre. On voyait sur ces vésicules quelques petits vaisseaux sanguins, très-déliés, qui n'avaient point de tronc principal, et de distance en distance, des petits grains glanduleux. Après la sortie de ces hydatides, qui fut suivie d'une quantité considérable de sang, sans aucune apparence d'arrière-faix, la malade tomba dans un abattement extrême; mais par le secours des médicaments et d'une diète convenable, elle revint à la santé.

La femme Vauthier, de Brienne, offrit, il y a dix-neuf ans, à M. le docteur Delaine, un cas de grossesse hydatique. D'autres confrères présents avaient cru, contre son opinion, à l'existence d'un fœtus vivant dans l'utérus de cette femme, et il l'avait dénié formellement. L'événement prouva qu'il avait raison par l'évacuation opérée, après une hémorrhagie abondante, d'un paquet hydatique énorme. On le reconnut du poids de huit livres, et chacun se plaisait à en remarquer les vésicules pédiculées et ralliées à un point central comme les grains d'une grappe de raisins. Une sage-femme, mademoiselle Fremy, élève de Mme Lachapelle, en adressa l'observation à cette savante et célèbre dame, dans l'avant-dernière année de sa vie. Voici cette observation telle qu'elle est rapportée dans l'ouvrage de Mme Boivin et Dugès.

Obs. XXIII. — Appelée auprès d'une femme qui depuis deux jours perdait du sang en abondance par la vulve, et s'en trouvait excessivement affaiblie, je commençai par m'assurer de l'état des organes génitaux. Je trouvai l'orifice externe de la matrice dilaté de 7 à 8 lignes, son col encore long et épais; l'orifice interne inaccessible au doigt. Je ne pus reconnaître le ballottement, ni, par conséquent, m'assurer de la présence d'un fœtus dans l'utérus; cet organe était pourtant fort développé, mais son fond ne dépassait pas l'ombilic, quoique la malade se crût enceinte de 7 mois. L'hémorrhagie augmentait de moment en moment; je tamponnai le vagin et fis prendre de l'eau sucrée aiguisée de quelques gouttes d'eau de Rabel. Le sang étant ainsi arrêté, la malade reprit ses forces et commença à sentir des douleurs expulsives, et en effet l'utérus se durcissait par intervalles. Tout à coup elle dit éprouver le besoin d'évacuer des matières fécales; on la place sur un bassin, et là, dans un effort, elle chasse du vagin le tampon suivi d'une masse de vésicules. La matrice avait diminué de 1/4 environ; mais, peu après, le sang coule avec une force nouvelle, et une deuxième portion de môle vésiculaire est chassée; une troisième, précédée aussi d'un nouvel écoulement de sang, est enfin poussée au dehors un quart d'heure après la deuxième. Après la dernière agglomération d'hydatides venait une masse spongieuse semblable à un placenta putréfié. Le tout pesait 4 livres, et les hydatides paraissaient être approximativement au nombre de 4 à 5 mille.

A la suite de cette évacuation, la matrice revint sur son centre, et je reconnus qu'elle n'était plus embarrassée d'aucun corps étranger, mais la malade était d'une grande faiblesse; néanmoins ses forces, soutenues convenablement, se relevèrent, et le troisième jour la sécrétion du lait s'annonça par le gonflement des mamelles, mais elle s'arrêta presqu'aussitôt.

Cette femme était âgée de 28 ans et enceinte pour la quatrième fois; dans les trois autres couches elle a donné le jour à deux garçons et à une fille. On pourrait conclure de ce fait et de quelques autres que la multiplicité des grossesses prédispose à la môle vésiculaire (1).

Obs. XXIV. — Le 24 octobre 1834, je fus appelé

(1) *Traité des maladies de l'utérus*, etc., par Mme Boivin et Dugès.

(1) Par l'état d'irritation permanente qu'elles entretiennent dans l'utérus.

Digitized by Google

pour donner mes soins à Mme Braeckman, de Sotteghem, qui se croyait enceinte, et qui depuis deux ou trois mois était traitée par un de mes collègues, pour diverses incommodités qui la faisaient souffrir.

Cette dame était âgée de quarante-huit ans environ, mère d'un grand nombre d'enfants, dont le plus jeune avait six ans. Depuis quatre mois, les règles étaient supprimées, elle éprouvait des vomissements fréquents, elle avait des goûts bizarres; l'appétit était assez bon, mais elle avait une soif intense. La peau avait une teinte jaune paille, la face était grippée, la langue blanche, le pouls petit, le ventre extraordinairement développé. Depuis trois à quatre semaines, elle avait de légères hémorrhagies utérines, elle perdait un sang noir, visqueux, souvent par petits caillots, lesquels ne sortaient qu'après des douleurs violentes. L'abdomen insensible au toucher dans toute son étendue, excepté vers la région hépatique, où elle éprouvait de temps à autres quelques points douloureux. En palpant l'abdomen, on sentait que l'utérus très-dur, était aussi développé qu'au neuvième mois d'une grossesse naturelle.

Le toucher faisait reconnaître le col utérin fortement gonflé; son orifice très-dur, mais béant, permettait l'entrée du doigt, au moyen duquel on sentait, dans l'intérieur de la matrice, un corps mou qui en remplissait toute la capacité.

La femme n'ayant senti aucun mouvement, la présence dans la cavité de la matrice d'un corps mou, mais qui ne pouvait être confondu avec le placenta, l'état du col utérin, le développement extraordinaire de cet organe et non en rapport avec l'époque présumée de la gestation, et l'absence du ballottement, me donnèrent la conviction de l'existence d'une fausse grossesse. Je me bornai ce jour-là à recommander le repos, la position horizontale, la diète et des boissons rafraîchissantes.

Le 5, je trouvai la femme dans le même état, reconnaissant que la seule indication qui me restait à remplir était de faire expulser le corps étranger qui remplissait la matrice; comme dans quelques cas d'accouchements, j'avais obtenu de bons effets d'une infusion de crocus pour faire développer les contractions utérines; j'en fis prendre à la malade. Au bout de trois heures, la perte augmenta, des douleurs se firent sentir dans le bas-ventre et le dos, elles se prolongèrent dans les hanches et les cuisses, le col utérin était ramolli; après quelques heures ces douleurs se calmèrent.

Le 6, pendant la journée cette dame éprouva de petites douleurs; mais vers les huit heures du soir, ces douleurs devinrent tout à fait expulsives. Il sortit grand nombre de caillots, le col utérin entièrement effacé était largement ouvert, un corps mou, spongieux, commençait à s'engager. Passant mon doigt entre ce corps étranger et la face interne de la matrice, je sentis un grand nombre d'adhérences lâches, que je détruisis aussi haut que possible. Je fus obligé de quitter la malade pour quelques instants et quand je revins à dix heures, elle m'annonça qu'elle était guérie; que depuis une demi-heure environ, et à la suite de violentes douleurs, la matrice avait expulsé un corps d'un grand volume et qui ressemblait à des œufs de grenouilles. En effet, je vis cette masse qu'on avait conservée et qui était entièrement composée de vésicules ou hydatides réunies par de petits filets et enveloppés de leur kyste. Je ne pus trouver aucune trace ni d'embryon ni de placenta : cette masse de vésicules pesait plus de cinq livres. La matrice était revenue sur elle-même et présentait le volume qu'elle a ordinairement après un accouchement naturel; il n'y eut plus d'hémorrhagie.

Quelques jours de repos suffirent, et la malade récupéra une santé parfaite.

Obs. XXV. — La femme Lecoq, d'Odeigne, âgée de trente-neuf ans, enceinte depuis six mois, eut vers le 20 avril dernier (1839), un légère perte qui s'arrêta au bout de trois à quatre jours. Le jeudi 4 mai suivant, à la suite de violentes douleurs aux régions lombo-dorsale et hypogastrique, il se déclara une nouvelle hémorrhagie qui dura jusqu'au dimanche 7 dudit mois de mai.

A cette époque, le mari me fit appeler, et, à mon arrivée chez lui vers onze heures du matin, il me montra une énorme quantité de sang tant liquide que caillé, que sa femme avait perdu depuis le départ de l'exprès envoyé chez moi, et aussi plusieurs grappes de petites vésicules pleines d'une eau limpide.

Je fus ensuite introduit près de la femme, que je trouvai dans la situation suivante :

Face entièrement décolorée, yeux ternes, pouls à peine sensible, vomissements continuels depuis la veille, tintements d'oreilles, fréquentes syncopes; les fesses baignent dans un sang mêlé d'eau, le plancher en est couvert.

Je fis coucher la femme à plat sur des linges propres, et, après avoir ouvert les fenêtres, je lui donnai à sucer de temps en temps un morceau de linge imprégné de vin de Bourgogne, et lui arrosai la figure avec de l'oxierat. Pendant ce temps, je fis quelques frictions sur l'abdomen. Par ces moyens ayant arrêté le flux de sang et quelque peu ranimé la femme, je la rassurai autant que possible sur sa situation, et je procédai immédiatement à la recherche de la cause d'une hémorrhagie aussi alarmante.

Par le toucher, je trouvai le col de la matrice, dont le fond correspondait à la hauteur de l'ombilic, assez dilaté pour que je pusse y introduire deux doigts; je le franchis et je rencontrai un corps mou, spongieux, que je reconnus pour une masse formée par un amas de vésicules semblables à celles que m'avait montrées le mari. Je fixai l'utérus de la main gauche appliquée sur son fond et, ayant parcouru avec deux doigts de la main droite tout ce que je pus de la partie inférieure de sa cavité, je m'assurai que cette masse était attachée à sa partie

Digitized by Google

supérieure ; je fis sur elle quelques tractions avec les doigts médius et index employés en guise de pinces; mais ce corps se déchira, et comme cette seule manœuvre, un peu douloureuse, avait occasionné une forte syncope, je retirai avec la main quelques vésicules et j'annonçai au mari l'existence d'un faux germe. Je continuai l'emploi des moyens que je crus les plus propres à soutenir le peu de forces que conservait la patiente, ainsi que ceux que je jugeai les plus convenables pour exciter les contractions utérines, et après une couple d'heures de soins donnés à la femme, je vis avec satisfaction la matrice expulser une môle hydatique du poids de six livres environ.

Cette môle, que j'examinai chez moi, était formée d'un grand nombre de vésicules transparentes, remplies d'un fluide incolore, offrant depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un grain de raisin ; elles étaient attachées à un pédicule très-mince qui, parfois unique, était d'autres fois double. Les filaments qui unissaient les vésicules, pour ainsi dire en grappe de raisins, se rendaient à une masse rougeâtre de consistance charnue ayant quelque ressemblance avec le placenta dilacéré.

Cette femme jouit ensuite d'une bonne santé.

Ce qui, dans cette maladie, pourrait surtout induire le médecin en erreur, et lui faire croire à une véritable grossesse, c'est lorsque la femme dit éprouver dans l'abdomen, des secousses semblables à celles qui sont produites par les mouvements qu'exécute le fœtus. Nous allons en rapporter un exemple, mais nous ferons observer d'abord, que l'on évitera toujours de commettre de telles erreurs, quand on aura eu le soin d'ausculter l'abdomen, afin de s'assurer si le bruit de la circulation fœtale ou placentaire existe, lequel, une fois reconnu, donne la certitude d'une véritable grossesse.

Obs. XXVI (1). — Une dame, âgée de 17 ans, d'une faible constitution, présentait tous les caractères de la grossesse. Vers cinq mois de cette prétendue gestation, elle éprouva une hémorrhagie abondante, pour laquelle on lui prescrivit le repos, une saignée du bras, et quelques boissons légèrement astringentes. Après douze à quinze jours, la perte de sang disparut. Le ventre continua à prendre du volume : cette dame ressentait des mouvements très forts dans l'abdomen, qu'elle attribuait à la présence de son enfant.

A six mois et demi, nouvelle hémorrhagie plus abondante que la première ; douleurs dans les lombes qui s'irradiaient dans tout l'abdomen, et se portaient surtout dans la région hypogastrique. C'est alors que M. Dubreuilh fut appelé pour la première fois. La face était pâle ; le pouls petit ; d'une très-grande fréquence. La malade dit encore qu'elle ressentait des mouvements très-forts et qu'elle ne pouvait les attribuer qu'à l'agitation de son enfant. Le ventre était volumineux, l'utérus développé, dur et bosselé ; les mains placées sur l'abdomen ne me donnèrent aucune sensation des mouvements que cette dame me disait ressentir. Le vagin était rempli de caillots de sang ; le col de l'utérus était dilaté de la largeur d'une pièce de 3 francs, et occupé par un corps mou, qui me fit penser à l'insertion du placenta à sa partie interne. Je ne pus toutefois, malgré mes recherches, distinguer aucun corps dur au-dessus. Des applications froides furent faites sur l'hypogastre; à l'intérieur, l'extrait de ratanhia et l'extrait thébaïque combinés. La perte fut modérée. Une heure après, les contractions utérines s'accrurent et furent suivies de l'expulsion d'une masse hydatiforme (acéphalocyste) considérable, qui se divisa en plusieurs grappes. La totalité recueillie remplissait une vaste cuvette : le volume de ces vésicules à parois minces et translucides, de forme arrondie, variait depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Quelques autres lambeaux furent expulsés plus tard avec des caillots de sang. La matrice étant revenue sur elle-même mit fin à la perte.

La convalescence de cette jeune malade fut longue ; un écoulement sanguin d'une odeur très-fétide eut lieu par la vulve; une fièvre continue avec exacerbation vers le milieu du jour s'établit ; le ventre était un peu sensible dans la région hypogastrique. Ces accidents furent combattus les premiers jours par des bains locaux, des injections et des fomentations émollientes et les boissons acidulées. Un peu plus tard l'extrait de quinquina et le sulfate de quinine eurent d'heureux effets.

Obs. XXVII. — Madame Louise D...., âgée de 23 ans, née et élevée à Paris, de constitution forte, et ayant les yeux bruns, les sclérotiques jaunes, quoique lymphatique et sujette aux fleurs blanches, à la constipation, menstruée régulièrement depuis l'âge de 11 ans, est devenue six fois enceinte dans l'espace de quatre années. La première grossesse fut bonne; la deuxième se termina à trois mois, par l'expulsion d'une môle charnue ; la troisième marcha péniblement jusqu'à son terme normal ; la quatrième donna lieu à un avortement à mi-terme, avec hémorrhagie considérable ; la cinquième, enfin, fut un avortement ordinaire. La sixième est celle que nous allons rapporter. Durant quatre mois qui constituèrent sa durée, pertes de sang irrégulières, et dont l'une se soutint jusqu'à neuf jours de suite, non sans causer un affaiblissement considérable ; la pâleur, la bouffissure, nausées, tiraillements douloureux à la région de l'estomac, vomissements, constipation opiniâtre, douleur dans les reins et les hanches, fièvre passagère, œdème des jambes, accroissement rapide du ventre ; de telle sorte qu'à trois mois et demi, son volume est le même qu'à sept mois d'une vraie grossesse. La tumeur formée par le développement de l'utérus est large, molle, inclinée à gauche,

(1) *Gazette médicale*, 3 novembre 1838.

Digitized by Google

sans fluctuation manifeste, et se laisse facilement déprimer. Du côté du vagin, on sent le col de l'utérus fort élevé, et son orifice externe largement ouvert, l'interne très-resserré. Le part hydatique s'annonça par l'accroissement des douleurs lombaires et hypogastriques, par l'ouverture de l'orifice interne du col, avec un ramollissement considérable du museau de tanche, par l'établissement du globe utérin et son durcissement momentané. Bientôt le col, graduellement raccourci, s'effaça complétement; une masse molle, inégale, comme la face externe du placenta, se présenta au toucher, surtout lors du retour des contractions utérines; alors aussi, du sang s'écoulait avec plus d'abondance.

Un mélange d'eau salée avec du vinaigre injecté dans le rectum, activa les contractions et les rendit plus fréquentes; il en résulta l'expulsion d'une grande portion de la môle hydatique. Durant trois quarts d'heure, les douleurs se suspendirent totalement; un nouveau clystère semblable au précédent les réveilla et procura la sortie du reste des vésicules. Le travail en totalité avait duré dix heures.

Une injection avec l'eau salée et vinaigrée fut faite dans l'utérus pour entraîner les débris de la môle. Celle-ci, plongée dans l'eau chaude, comme l'a fait Percy, n'a manifesté aucun signe de vie, n'a exécuté aucun mouvement; l'eau salée, le vinaigre, n'ont pas produit plus d'effet.

La faiblesse fut extrême le premier jour, le lendemain survinrent des frissons et de la fièvre, puis les mamelles se tuméfièrent, et les lochies, un instant puriformes, redevinrent sanguinolentes. Vers le quinzième jour, une perte abondante et de la diarrhée furent occasionnées par une indigestion. A cette époque, l'utérus, jusque-là molasse et largement ouvert, commença à se resserrer. Les injections astringentes aromatiques n'en avaient point diminué le volume et la mollesse; l'eau salée et vinaigrée parut plus efficace. La convalescence était complète à la fin du mois; et, l'année suivante, une nouvelle grossesse eut lieu, bonne cette fois et terminée par un accouchement des plus heureux.

(La fin au prochain n°).

Sur les affections bilieuses régnantes et sur leur traitement.

Un grand nombre d'affections bilieuses règnent à Paris, soit en ville, soit dans les hôpitaux, sous l'influence manifeste des chaleurs sèches de ces derniers temps. Une complication catarrhale accompagne presque toujours ces maladies, et s'explique aussi naturellement que les affections bilieuses dominantes, par le concours des vicissitudes atmosphériques, qui se font jour à travers la chaleur aride de la constitution. Ces affections complexes frappent indistinctement tous les organes, s'offrent ainsi avec diverses formes et simulent aux yeux des praticiens systématiques, autant d'espèces particulières d'affections. Au fond, cependant, quels que soient leurs siéges organiques et leurs apparences symptomatiques, toutes ces maladies sont les mêmes, montrent les mêmes tendances, proviennent des mêmes causes, exigent le même traitement. Nous allons prendre au hasard quelques-unes de ces maladies telles qu'on les rencontre dans les diverses cliniques des grands hôpitaux de la capitale et dans la pratique civile, afin d'en faire ressortir les caractères et le véritable traitement. La plupart des observateurs s'abusent sur la nature de ces maladies; la plupart des observateurs aussi les traitent fort mal. L'erreur est ici d'autant plus déplorable que, suivant la manière dont on les attaque, elles se résolvent avec une facilité extrême, ou bien elles donnent lieu à des accidents mortels. Entrons dans les détails de leurs phénomènes, on sentira plus aisément en quoi ces méthodes pèchent, et ce qu'il faut faire pour les mener à bien.

Obs. I. — Un malade, couché au n° 11 de la salle Sainte-Jeanne, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Rostan, éprouvait depuis quelque temps de la céphalalgie et du malaise, de la chaleur et de l'accablement. Son état ne lui permettait pas de continuer ses occupations ordinaires, et il est entré à l'hôpital. Le jour de son entrée il était dans l'état suivant: langue un peu rouge aux bords et à la pointe, blanche au milieu et à la base; il avait en outre des nausées, de la douleur à l'épigastre, un peu de météorisme dans le ventre, des borborygmes dans la fosse iliaque droite, et quelques selles liquides. La fièvre était légère et le pouls à 84 pulsations. Indépendamment de ces symptômes, la céphalalgie était intense, et il existait quelques soubresauts dans les tendons. M. Rostan lui fit pratiquer une saignée générale et placer quelques sangsues à l'anus.

A quelques jours de là on observait peu de changements: la langue restait la même, mais on remarquait un peu plus de météorisme du ventre, et quelques pétéchies rosées. Du reste la céphalalgie avait diminué, et les soubresauts des tendons n'existaient plus.

M. Rostan a caractérisé ce cas, d'affection typhoïde légère; quant à nous, nous n'y voyons autre chose qu'une fièvre bilieuse au début. La médication de M. Rostan ne nous paraît pas du tout complète; elle nous paraît même défectueuse sur un point. La saignée générale pratiquée était indiquée par la violence de la céphalalgie, par les soubresauts des cordes tendineuses ainsi que par l'âge et la vigueur du sujet. Ce qui n'était pas indiqué, c'est l'application des sangsues au siége. Le motif de cette

Digitized by Google

application n'est que la suite d'une vue systématique, savoir : que la fièvre dite typhoïde n'est qu'une inflammation de l'intestin.

Une indication plus urgente a été méconnue par ce praticien : elle consistait dans l'appareil des symptômes gastriques, tels que les nausées et cours de ventre, l'état de la langue, les borborygmes. La réunion de ces symptômes témoignait, non d'une phlogose ou d'une irritation gastrique, mais d'un état bilieux gastro-intestinal. Le remède de cet état bilieux, très-connu dans les maladies actuelles, ne se trouve que parmi les évacuants des premières voies, et chez ce sujet spécialement il ne pouvait être emprunté qu'aux émétiques. Deux grains de tartre stibié auraient suffi, nous en avons pour garant les effets de cet agent dans une foule de cas semblables entre les mains des grands médecins de tous les pays et de tous les âges; deux grains de tartre stibié auraient suffi, disons-nous, à emporter après la saignée générale les symptômes de cette affection. L'omission de ce moyen et l'intervention inopportune des sangsues justifie à nos yeux la prolongation de la maladie et sa tendance à dégénérer en état adynamique.

Obs. II. — Un autre cas du même genre que le précédent est couché au numéro 15 de la même salle. Le malade qui en est l'objet est un Suisse, âgé de vingt-six ans, blond, qui est entré à l'hôpital depuis deux jours seulement. Ce malade a été saigné deux fois avant son entrée dans les salles de clinique. Aujourd'hui il est dans l'état suivant : stupeur, réponses difficiles, decubitus dorsal, ventre ballonné, quelques taches lenticulaires rosées sur la peau, borborygmes dans la fosse iliaque gauche, qui est en outre douloureuse. De plus la langue est sèche, il y a plusieurs selles liquides involontaires, de la matité au côté droit du thorax, une somnolence continuelle, le pouls donne 100 pulsations par minute. — M. Rostan déclare que c'est ici le cas de se borner à l'expectation, puisque le malade avait été déjà saigné deux fois au commencement, et qu'il se propose d'en venir ensuite aux révulsifs pour passer enfin aux toniques.

Nous ne pouvons admettre une semblable manière de pratique, car nous la croyons contraire aux bons principes cliniques. Et d'abord pourquoi se borner à l'expectation? La médecine expectante ne convient que lorsque la maladie suit une marche régulière et fait promettre une heureuse solution; mais, lorsque tous les symptômes annoncent un anéantissement des forces, qu'il y a stupeur, des déjections alvines involontaires, que le malade, comme M. Rostan l'avoue, est dans un danger imminent, l'expectation est inapplicable; disons le mot, elle est en contradiction formelle avec toutes les idées de la médecine pratique. Du reste, il est facile à comprendre pourquoi M. Rostan se renferme ici dans l'expectation : c'est qu'il ne trouve rien de plus à faire dans les affections de cette espèce que la thérapeutique étroite de l'ancienne médecine physiologique, dont tous les moyens curatifs consistaient dans les émissions sanguines et dans l'emploi des révulsifs. Dans cet exemple comme dans les autres, le professeur de clinique n'est préoccupé que de l'idée de l'inflammation prétendue des voies digestives; et puisque les émissions sanguines préliminaires n'ont pas guéri la maladie, il avoue implicitement qu'il la croit au-dessus de ses ressources. M. Rostan ne se demande pas même si l'état d'affaissement de ce malade ne serait pas plutôt produit par les saignées générales du commencement de l'affection. Pour notre compte, nous n'en doutons point. Il est prouvé à nos yeux que l'état typhoïde du malade dont nous esquissons l'histoire, ne reconnaît pas d'autre cause que les émissions sanguines pratiquées dans les premiers temps. Aussi nous pensons qu'au lieu de se borner à observer les phases d'une maladie qui tend à devenir mortelle, il y a urgence dans ce cas, comme dans ceux qui lui ressemblent, à recourir à l'administration des toniques et des excitants. Si l'on tarde trop, la prostration sera sans ressources, et on s'en prendra de l'issue mortelle à l'intervention de ces remèdes, quand on ne devrait s'en prendre qu'à leur tardive application.

Les deux cas qui précèdent nous donnent une idée des affections fébriles courantes. Il faut convenir toutefois qu'il en existe dont les formes diffèrent beaucoup des deux dernières. Par exemple, on rencontre les symptômes décrits concurremment avec des maladies éruptives, notamment avec la scarlatine et la rougeole, avec des signes de bronchites, des angines, des pleurésies, des pneumonies et des dysenteries, avec l'érysipèle de la face ou des membres. Souvent même ces symptômes locaux s'ajoutent à ceux de la fièvre décrite, en déguisent les caractères et réclament pour leur propre compte des modifications spéciales dans le traitement général. C'est ainsi que dans les cas cités plus haut les deux derniers offraient les signes d'un engorgement pulmonaire, et que ce dernier avait en outre un érysipèle de la face. Il serait trop long de détailler les formes diverses des affections régnantes; il nous suffira de les indiquer en nous appesantissant de préférence sur les cas les plus communs et les plus saillants. Maintenant reprenons en général les caractères dominants de la constitution médicale actuelle, suivons-en les phases principales, et tâchons d'en dégager les médications fondamentales.

La plupart des affections actuelles débutent plusieurs jours à l'avance par un malaise général, du dégoût ou de l'inappétence, la diarrhée ou une constipation rebelle; il s'y joint fréquemment un sen-

Digitized by Google

timent de courbature de tous les membres, de la toux, et des douleurs vagues. L'ensemble de ces symptômes précurseurs, qu'on ne peut pas apprécier dans les hôpitaux où les malades ne se présentent que beaucoup plus tard, annonce évidemment la combinaison d'un état gastrique ou d'un état catarrhal.

Les malades traînent dans cet état pendant plusieurs jours et quelquefois pendant plusieurs semaines. Enfin la fièvre s'en empare, et les symptômes gastriques s'exaspèrent également. C'est alors non plus un simple état gastrique, mais une fièvre bilieuse ou une fièvre muqueuse gastrique. Dès que la fièvre s'est déclarée, on peut faire aisément justice de tous les symptômes par un émétique; mais, si l'on diffère trop, les forces tombent promptement, le pouls s'efface, la face se décompose, un délire doux s'y joint, en un mot, la fièvre dégénère rapidement en état adynamique. Cette tendance est générale dans les affections actuelles; mais elle naît surtout lorsqu'on méconnaît les symptômes gastriques du début, et qu'on leur oppose inconsidérément les émissions sanguines. Un fait que tous les praticiens remarquent ou peuvent remarquer dans les maladies d'aujourd'hui, c'est précisément leur dégénération prompte en affections adynamiques. Cette dégénération exige, tant pour la prévenir que pour la traiter, l'intervention des stimulants externes et des toniques. Le sulfate de quinine pris à faible dose à l'intérieur se présente à ce titre en première ligne. Après l'émétique du début, une potion composée avec six ou huit grains de sulfate de quinine réprime cette disposition fâcheuse et prépare les voies à l'emploi des purgations salines. Le point important consiste à ne point trop débiliter les malades au commencement : on atteint ce but soit en ne les saignant pas du tout, soit en ne les saignant pas trop. Lorsque la saignée est indiquée, une ou deux petites suffisent le plus souvent; mais, nous le répétons, l'indication de la saignée ne se présente pas toujours; et lorsqu'elle se présente, elle n'est jamais que secondaire, et elle cède le pas aux évacuants gastriques, à l'émétique d'abord, suivis de quelques toniques, et ultérieurement aux purgatifs salins.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Juin 1840.

De l'ulcère perforant de l'estomac; par le professeur ROKITANSKI, de Vienne.

Cette affection de l'estomac se rencontre très-souvent à Vienne : voici les résultats des recherches de l'auteur sur plus d'une centaine de cas.

L'ouverture de l'estomac est en général circulaire, et a trois lignes et plus de diamètre; les bords sont très-aigus, à peu près comme si l'on avait percé les parois de l'estomac avec un emporte-pièce. En examinant ce viscère du côté interne, on voit que la perte de la substance est plus considérable que du côté externe. Il s'en suit que les bords se trouvent peu à peu amincis en s'approchant du trou. La paroi de l'estomac est épaissie; autour de la perforation et sur la membrane muqueuse de l'estomac existe un bourrelet. L'ulcère se trouve *toujours* sur la moitié pylorique de l'estomac; une seule fois, l'auteur l'a rencontré au fond de l'estomac (le petit cul-de-sac). Le plus souvent, l'ulcère se trouve au milieu de cette partie de l'estomac que nous venons de signaler; plus souvent, à la paroi postérieure qu'à la paroi antérieure, et toujours près de la petite courbure de l'estomac, souvent sur elle-même. Les cicatrices se trouvent le plus souvent sur la face interne de l'estomac.

La position des ulcères sur cette partie de l'estomac est très-remarquable, parce que, d'après M. Rokitanski, la gastromalacie aiguë se trouve toujours du côté opposé, sur la moitié cardiaque de l'estomac.

Les ulcères sont plus rares près du pylore, et l'auteur n'a trouvé des ulcères hors de l'estomac que dans la partie supérieure du duodénum, jamais dans une autre partie des intestins. Voici quel est l'emplacement des ulcères isolés ou en plus grand nombre, le relevé ayant été fait sur 79 cas : 20 sur la paroi postérieure de l'estomac, 15 sur la petite courbure, 5 sur la paroi antérieure, 16 à une petite distance du pylore, 6 dans le duodénum, 16 en différents endroits, surtout simultanément aux parois postérieure et antérieure, et une seule fois au fond de l'estomac. Ce dernier se présentait sur un batelier, âgé de 30 ans, qui souffrait depuis sept ans de vomissements de sang. Le trou était placé deux pouces au-dessous du cardia; il était rond, et à peu près de la grandeur d'un sou. La membrane muqueuse présentait des plis rayonnés autour de l'ouverture; elle en dépassait les bords et s'étendait en dehors jusqu'à la surface externe, se continuant là avec une membrane fibreuse qui unissait la rate et le fond de l'estomac. L'estomac était rempli d'un liquide brun-grisâtre, mêlé d'une grande quantité de mucus; ses membranes étaient pâles, formaient divers bourrelets; la membrane muqueuse de la paroi postérieure était ramollie en plusieurs endroits et facile à enlever. Les poumons étaient hépatisés en plusieurs places; le foie et la rate étaient augmentés de volume; le premier de ces viscères était gros, le second détruit dans sa substance.

La grandeur de l'ulcère varie entre celle d'un sou et d'une pièce de cinq francs; il acquiert quelquefois même une étendue deux à trois fois plus grande.

L'ulcère se rencontre le plus souvent isolément, par exemple sur 79 cas, 62 fois. On trouvait chez les autres malades 12 fois 2, 4 fois 3 et 1 fois 5 ulcères. Ils sont alors placés l'un au-dessus de l'autre à la paroi postérieure de l'estomac ou à la petite courbure; il est très-rare que l'un se trouve aux parois postérieures, l'autre aux parois antérieures (par exemple 4 fois sur 17 cas). Dans un seul cas, un ulcère était placé en face de l'autre dans le duodénum, et deux fois l'un était dans l'estomac et l'autre dans le duodénum. Ils ne sont alors séparés quelquefois que par la valvule du pylore, et les ulcères se réunissent alors tellement qu'il existe deux voies pour arriver dans le duodénum, l'une à travers la valvule du pylore, et l'autre derrière elle, sur la base des ulcères.

Ils ont, en général, dans l'origine, une forme circulaire. Les ulcères plus grands adoptent quelquefois la forme elliptique; les plus grands sont irréguliers. La déformation de l'estomac est quelquefois le résultat de ces ulcères; ce qui a lieu lorsque l'ulcère s'étend dans le diamètre transversal du viscère, ou même quelquefois dans la direction de la grande et de la petite courbure. La forme originaire de l'ulcère disparaît aussi, si deux sont contigus et se réunissent. On peut souvent dans ce cas distinguer pendant longtemps un bourrelet qui sépare les deux ulcères; mais ce bourrelet disparaît aussi à la fin, de sorte que les deux ulcères ont une base commune. La forme de l'ulcère perforant change aussi, par suite de l'apposition des organes voisins qui forment l'ulcère; celui-ci devient alors ovale.

L'auteur croit que cette maladie commence par un ramollissement circonscrit sous forme d'eschare; mais la cause interne de cette mort locale, de ce changement de la vitalité des tissus sur un endroit limité, n'est pas connue. La destruction de la membrane muqueuse, par laquelle la maladie débute, est souvent guérie: la destruction s'arrête à la membrane cellulaire sous muqueuse (*cellularis submucosa*); celle-ci devient un tissu fibreux; elle contracte les bords de la membrane muqueuse, et se réunit enfin avec ceux-ci et avec la tunique musculeuse.

La forme des cicatrices indique clairement celle de l'eschare primitive; mais, on peut en outre conclure, par les raisons suivantes, que la cicatrice est sur la place d'un ulcère perforant, 1° parce que cette maladie est plus fréquente que les autres formes d'ulcère; 2° parce que ces cicatrices se trouvent surtout aux endroits de l'estomac qui sont le siége habituel de l'ulcère perforant; 3° parce que les cicatrices se rencontrent souvent avec un ulcère perforant et à côté; 4° parce que dans le plus grand nombre des cas de semblables cicatrices, on peut, en faisant des recherches sur les maladies de l'individu, constater l'existence antérieure des symptômes de l'ulcère; 5° on ne peut pas croire qu'il a existé un ulcère tuberculeux ou cancéreux; la forme de la cicatrice et l'absence complète des tubercules ou de tumeurs squirrheuses dans l'estomac s'y oppose. On ne peut non plus supposer que cette cicatrice ait été produite par l'action de poisons caustiques sur la membrane muqueuse, parce que la forme de la cicatrice est circonscrite, parce qu'elle est isolée et placée à un endroit éloigné du cardia, parce qu'enfin, autour de celui-ci, de même que dans l'œsophage, elles manquent tout à fait.

Des ulcères plus profonds et plus étendus peuvent être guéris, et les cicatrices qui en résultent raccourcissent le diamètre transversal de l'estomac; elles peuvent même rétrécir le canal du pylore ou resserrer le milieu de l'estomac en forme d'anneau. Il est à remarquer que, dans le cas où les cicatrices ne sont pas tout à fait superficielles, les fibres musculaires de cet endroit de l'estomac, par l'adhérence des différents tissus, ont alors un point fixe; ce qui doit troubler le mouvement général de toute la membrane musculaire.

L'auteur a expliqué jusqu'à ce moment la formation des cicatrices dans le cas de destruction isolée de la membrane muqueuse; si, au contraire, l'escharification s'étend de plus en plus profondément, la destruction arrive enfin au péritoine. Il est probable que ces eschares ne se forment que de couche en couche, au fur et à mesure que la nutrition cesse et que la mort locale se manifeste dans chacune des membranes. La perforation des parois de l'estomac a lieu enfin au milieu de l'ulcère, et représente le cercle le plus interne de ceux qui sont décrits par les bords des membranes muqueuses et musculeuses perforées. Si la perforation a lieu dans un endroit des parois où les organes voisins ne peuvent pas s'accoler, alors une péritonite mortelle est la suite nécessaire de la perforation. Nous n'avons pas besoin d'insister sur le cas opposé. L'auteur communique un cas où l'estomac perforé était fermé par la rate, et un autre cas où le tégument externe s'était accolé.

Les bords aigus de chacune des membranes perforées par l'ulcère sont très-remarquables et très-caractéristiques; il est surtout fort curieux de voir comment la membrane muqueuse se comporte si l'ulcère est fermé. Avant la perforation les bords de toutes les couches sont placés comme des degrés en forme d'escalier les uns au-dessous des autres. Plus tard les bords de la tunique musculeuse qui sont au-dessous de la membrane muqueuse se retirent et enfin les bords de cette dernière membrane surpassent les premiers et apparaissent autour du trou, à la surface externe de l'estomac. Ces bords de la membrane muqueuse, roulés autour du trou extérieurement, sont tout à fait libres, et dépassent partout

Digitized by Google

les tissus sous-jacents ; seulement les glandes lymphatiques font une exception. C'est alors qu'il se forme une excavation superficielle, qui peu à peu, s'agrandit jusqu'à former un grand sinus latéral qui communique avec l'intérieur de l'estomac. De pareils sinus paraissent se développer sur la petite courbure de l'estomac dans le petit lobe du foie, parce que cette partie de l'estomac est la plus exposée à l'affluence continuelle des matières contenues. Enfin on voit de ces mêmes sinus dans le tissu cellulaire externe.

D'autres fois il arrive que le tissu de l'organe qui fermait l'ulcère perforant est lui-même attaqué à son tour, et détruit peu à peu ; c'est ainsi que l'auteur dit avoir vu, dans un cas, le diaphragme perforé, la base même du poumon adhérent attaquée. Si, de cette manière, l'ulcère va plus profondément, et s'étend hors des parois de l'estomac, alors il rencontre dans les pseudo-membranes formées autour de la partie malade des vaisseaux plus ou moins volumineux, dont la destruction amène la mort du malade. La même destruction peut atteindre d'autres canaux, par exemple les conduits excréteurs du pancréas. L'auteur rapporte un cas où, après de telles destructions, la cicatrisation eut lieu; mais alors l'estomac se trouve sensiblement raccourci à cet endroit.

L'auteur s'occupe ensuite des symptômes, de l'étiologie, etc. Il établit, au moins pour la plupart des cas, trois périodes : la première est caractérisée par des maux d'estomac et les troubles de la digestion, qui précèdent pendant quelques années. L'augmentation des douleurs, des vomissements, ou en général des symptômes qui appartiennent déjà à l'ulcère existant, caractérisent la seconde période ; la troisième, enfin, a des symptômes différents, selon que la perforation de l'estomac rencontre un organe qui ferme l'ouverture faite à ses parois, ou suivant que cette ouverture reste libre. Dans ce dernier cas, la troisième période se termine toujours rapidement par la mort. La perforation est alors accompagnée d'une cardialgie violente; les contenus de l'estomac s'épanchent dans la cavité de l'abdomen et produisent une péritonite sur-aiguë; ou le malade, au milieu du calme, est inopinément attaqué d'une péritonite qui prend sa naissance à l'épigastre. L'inflammation peut se manifester plus tôt ou plus tard, quand l'ulcère a déjà une grande étendue; elle peut même se déclarer dans la profondeur d'un ulcère cicatrisant dans les couches internes des membranes. Des cas pareils peuvent donner l'idée d'un empoisonnement, jusqu'à ce que l'autopsie montre la cause de la mort. L'auteur ne conteste pas l'opinion de M. Cruveilhier, que la perforation de l'ulcère puisse s'opérer pendant un effort corporel ; mais il ne peut non plus l'affirmer.

Si la perforation rencontre un organe, alors on ne peut pas déterminer le moment où elle a lieu ; mais des cardialgies pénibles, qui quelquefois se prolongent pendant des journées entières, des évanouissements, des vomissements de grandes quantités de sang, etc., indiquent la perforation. Ces vomissements de sang sont souvent mortels dès leurs premiers moments ; quelquefois ils se répètent plusieurs fois. La maladie se termine donc, dans les cas funestes, soit par la péritonite ou par des vomissements de sang ; rarement elle devient chronique et finit par un affaiblissement général ; quelquefois, avant la mort, il se joint à l'ulcère une dysenterie.

Malgré toutes ces circonstances, il existe pourtant des cas nombreux de guérison, qui nous sont attestés par les cicatrices que nous trouvons dans les estomacs de personnes qui jadis ont présenté les symptômes qui caractérisent l'ulcère perforant. La disposition aux rechutes est très-remarquable ; elle est constatée par la présence d'une ou de plusieurs cicatrices placées à côté de l'ulcère. Quand la cicatrisation est terminée, il se manifeste encore quelquefois des symptômes dyspepsiques.

Quant à l'étiologie, l'auteur nous dit qu'il a vu la maladie accompagnée des hémorrhoïdes irrégulières, d'une menstruation anomale et de la goutte, mais il n'a jamais observé un rapport entre ces maladies. Il croit, toutefois, pouvoir affirmer que les maladies qui produisent des irritations répétées de la membrane muqueuse de l'estomac, et qui occasionnent enfin une hypertrophie et une augmentation de sécrétion de cette membrane, finissent par la formation d'un ulcère. Les fièvres intermittentes, quand elles sont accompagnées de maux d'estomac, ont une grande influence sur la production de cette maladie.

Sur 79 cas, il s'est rencontré 46 femmes, 33 hommes. Parmi les 46 femmes, 18 avaient plus de 50 ans et 15 moins de 30; parmi ces dernières, trois individus avaient 19, 17, 16 ans. Parmi les 33 hommes, 12 avaient plus de 50 ans et 6 moins de 30; un était âgé de 17 ans.

Les phénomènes que nous avons décrits se manifestent aussi dans les maladies cancéreuses, et il s'en suit que l'on confond souvent l'ulcère, la perforation de l'estomac avec le cancer et le squirrhe du pylore. Ce qui complique encore davantage le diagnostic, c'est que l'ulcère perforant se joint quelquefois, bien que rarement, au cancer. Cette difficulté est d'autant plus fâcheuse pour le médecin, que celui-ci, par un traitement persévérant, peut obtenir la guérison de l'ulcère de l'estomac.

L'auteur cite parmi les symptômes qui doivent établir le diagnostic de cette maladie, l'absence des phénomènes qui indiquent un épaississement des

Digitized by Google

parois du pylore et un rétrécissement de son canal; telle est aussi l'absence d'un vomissement trois ou quatre heures après le dîner, de la dilatation de l'estomac et de son cul-de-sac, et enfin d'une tumeur fixe, résistante dans la région du pylore. Les vomissements de couleur de chocolat sont plus rares dans l'ulcère perforant que dans le fongus médullaire de l'estomac. On voit enfin, dans le cancer, vomir des morceaux de la tumeur cancéreuse, phénomène qui n'a pas lieu dans l'ulcère perforant. Les matières vomies dans la maladie dont nous nous occupons sont mêlées de flocons brun-noirâtres; l'ulcère perforant est, au reste, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, quelquefois caractérisé par des vomissements souvent répétés de grandes quantités de sang. La maladie s'arrête souvent, et le malade se trouve beaucoup mieux, surtout s'il suit un régime convenable. Le diagnostic peut être encore facilité par la considération de l'âge du malade, parce que le mal peut souvent se manifester dans la jeunesse. Même chez les personnes âgées, l'ulcère date souvent d'une époque très-ancienne. L'absence enfin de toute cachexie cancéreuse parle pour la présence de l'ulcère. La tumeur cancéreuse pure n'adopte jamais la forme ronde, n'est guère perforante, et ne présente jamais cet aspect escarpé des bords que nous avons signalé précédemment.

Le traitement suivant M. Rokitanski, consiste surtout dans le régime. Il doit être, surtout dans le commencement de cette maladie, analogue à celui que le malade suit ordinairement, mais d'une manière modérée. On doit fixer son attention sur la température des aliments et des boissons. Le lait est le médicament le plus convenable. Si les douleurs sont locales dans la région de l'estomac, alors une application de sangsues est indiquée; le carbonate de magnésie, les *yeux d'écrevisses*, l'eau de chaux dans du lait, et surtout un bain général, sont très-convenables. On donne le lait en petites portions, toutes les trois ou quatre heures, quelques cuillerées à la fois; on peut le donner frais ou bouilli, froid, chaud ou tiède, seul ou avec une eau minérale. Si le malade ne peut pas supporter le lait, il faut le remplacer par des bouillons, des décoctions mucilagineuses ou des panades, etc. On ne doit point avoir confiance dans une amélioration qui survient tout à coup. L'auteur recommande, en outre, des dérivations par des fontanelles, des moxas, par la pommade d'Autenrieth, etc.; des tisanes de camomille, de menthe, des sinapismes sur la région épigastrique; dans les pertes du sang, les acides, l'alun, l'extrait de saturne, le gummi kino, la ratanhia, etc.

ARCHIVES DE MÉDECINE.—Mai 1840.

Mémoire sur le ramollissement de l'estomac chez les enfants (*Gastromalacia infantum, perforatio ventriculi*); par le docteur ISELIN de Mullheim.

Il y a une dizaine d'années à peine que les journaux de médecine ont mentionné pour la première fois des exemples de ramollissement de l'estomac survenus chez des enfants; et c'est au docteur Jæger, de Stuttgard, que revient l'honneur d'avoir signalé cette maladie. (Voyez *Hufeland's Journal für die praktische Heilkunde*, Jarhgang, 1811, et 13.) Dans l'été de 1831, elle se montra avec tous les caractères d'une épidémie à Gottingue et dans les contrées environnantes; elle fit périr un grand nombre d'enfants, et les symptômes en furent si caractérisés, qu'à partir de cet instant il fut impossible de la méconnaître même pendant la vie.

Le docteur Ch. F. J. Winter, dans son *Traité sur le ramollissement de l'estomac* (ouvrage couronné le 7 décembre 1833, par la Société royale des sciences de Gottingue, traduit du latin par l'auteur et publié par Hérold et Wahlstab en 1834), porta sur cette maladie un jugement très-éclairé, et répandit une grande lumière sur sa nature et ses causes, ainsi que sur celles de l'inflammation asthénique.

Mes propres observations, au nombre de dix ou douze, me mettent en état de me former sur cette maladie si intéressante et si peu étudiée, une opinion à laquelle je joindrai celles du petit nombre d'observateurs qui s'en sont occupés, tels que Jæger, Hunter, Lenhossek, Chaussier, Laisné et Wagner.

Description de la maladie. — D'après mes observations les enfants au-dessous d'un an sont ceux qu'elle frappe le plus ordinairement, toutefois ils y sont exposés jusqu'à l'âge de la puberté, et Cammerer (*Versuche über Natur der krankhaften Magenerweichungen*) prétend même avoir vu des adultes en être attaqués. Il paraît cependant que les chances sont en sens inverse de l'âge. Quant à la durée de la maladie, elle varie beaucoup puisque celle-ci devient souvent mortelle dans les vingt-quatre heures, tandis que d'autres fois elle se prolonge pendant plusieurs semaines. Selon ses divers caractères elle est 1) idiopathique, ou 2) symptomatique.

L'idiopathique prend deux formes : *a*) l'aigue. L'enfant est pris de grande chaleur, de vomissements et d'une diarrhée de matières séreuses et acides. Le visage pâlit, les yeux s'enfoncent, et la mort arrive dans les vingt-quatre heures. *b*) La subaigue. La maladie commence par une grande diarrhée à laquelle se joignent quelquefois des vomissements; la fièvre dans ce cas n'est point un symptôme

Digitized by Google

nécessaire, et la maladie peut durer plusieurs semaines.

Le ramollissement symptomatique est ordinairement précédé par une hydropisie du cerveau, un exanthème aigu, ou une maladie du système respiratoire. Dans ces cas la marche de la maladie est très-rapide.

Symptomatologie.—La maladie dans ce cas offre deux degrés : 1) le degré d'irritation; 2) le degré de paralysie.

A) Premier degré. — L'enfant est inquiet et pleureur pendant plusieurs jours, au bout desquels une forte fièvre se déclare : pouls précipité, peau très-chaude, soif ardente, insomnie, agitation, vomissement violent et qui augmente chaque fois que l'enfant prend quelque chose. Diarrhée très-forte, d'abord de matières grises et épaisses, puis de sérosité jaunâtre et acide; visage tantôt très-pâle, tantôt rouge; contractions musculaires de la face, surtout dans le moment qui précède les évacuations, ou lorsqu'on presse légèrement la région de l'estomac; anorexie complète, gonflement du ventre. La température de l'abdomen, et de l'estomac surtout, est très-élevée, tandis que les extrémités sont froides; l'enfant crie et gémit sans cesse; il a des sueurs locales principalement derrière la tête, laquelle est en général très-chaude.

B) Deuxième degré.— Une faiblesse subite ressemblant à un syncope, et qui se produit souvent, caractérise ce degré de la maladie; respiration courte et gênée; pouls inégal et très-fréquent; l'enfant ne crie plus, il gémit d'une manière étouffée; la pâleur augmente; les yeux s'enfoncent; les sueurs deviennent générales; le ventre reste chaud, tandis que les extrémités deviennent froides; il survient de légères convulsions; strabisme; quelquefois les yeux restent fixes et s'enfoncent dans l'orbite, de telle sorte que les paupières ne les recouvrent qu'à moitié. Souvent la diarrhée et les vomissements cessent; quelquefois l'un des deux seulement; l'appétit revient quelque temps avant la mort. Lorsque l'enfant boit, on entend un bruit particulier dans le ventre; des aphthes se forment dans la bouche; le visage prend une teinte bleuâtre, surtout autour de la bouche et des yeux. Le plus souvent, l'enfant ne perd pas connaissance, mais vers la fin il survient une prostration générale qui s'annonce par des syncopes réitérées et par la fréquence du pouls, de telle sorte que la mort arrive d'une manière souvent inaperçue. La forme subaiguë s'annonce par les symptômes ordinaires de la diarrhée, avec ou sans vomissements. Cette diarrhée résiste aux remèdes les plus énergiques ou revient au bout de peu de temps. Petit à petit les forces diminuent, et on voit se manifester les symptômes qui caractérisent la forme précédente; on observe surtout de la chaleur dans la région épigastrique; le cours de la maladie est plus lent, et la mort n'arrive qu'après plusieurs alternatives d'un mieux apparent.

La même chose a lieu lorsque le ramollissement de l'estomac ne se déclare que secondairement et comme affection symptomatique; les symptômes, dans ce cas, ne deviennent distincts et caractérisés que lorsque l'estomac est profondément altéré.

Tous ces symptômes, d'ailleurs, ne sont point constants, tantôt l'un, tantôt l'autre peut manquer, mais au total la maladie a un caractère tellement déterminé que quiconque l'a observée une fois ne peut plus la méconnaître.

Le gonflement du ventre et de la région épigastrique, et leur température beaucoup plus élevée que celle des extrémités sont les symptômes les plus certains; ce gonflement, une fois qu'il s'est manifesté, ne disparaît plus, et même, après la mort, la forme et la position de l'estomac se dessinent à travers la paroi abdominale.

L'expression de souffrance particulière aux maladies du bas-ventre, ainsi que l'enfoncement des yeux, ne manquent jamais non plus; même au premier degré, celui de l'irritation; au deuxième, ces symptômes sont frappants.

La forme aiguë est toujours accompagnée de fièvre; dans la forme chronique, il y a souvent des intermittences : les gémissements, l'agitation, les convulsions faciales, l'oppression, sont des signes constants.

La diarrhée et les vomissements, au contraire, ne le sont point. Dans quelques cas rares, il y a constipation. Les évacuations sont constamment acides, quoiqu'elles varient pour la consistance.

Les convulsions caractérisent le degré de paralysie; la connaissance se perd rarement; les aphthes sont fréquentes.

Caractères anatomiques. — J'ai eu l'occasion de faire trois autopsies, et jamais je n'ai trouvé une inflammation distincte du cerveau et de ses enveloppes, quoique celles-ci fussent turgescentes. Cammerer dit avoir trouvé la substance cérébrale souvent altérée; le pont de Varole et la moelle allongée étaient très-durs. Dans le thorax, j'ai trouvé tous les organes sains, à l'exception des poumons. Ceux-ci étaient turgescents, flasques et enflammés en partie, ainsi que la muqueuse des bronches. Une seule fois, j'ai trouvé les poumons ramollis comme l'estomac.

La cavité abdominale était distendue par des gaz, et le tissu cellulaire de ses parois emphysémateux; l'estomac était saillant et distendu par des gaz, ainsi que tout le canal intestinal. Deux fois j'ai vu l'estomac perforé en trois endroits; les deux autres fois, il ne l'était point encore, mais sa contexture cédait au moindre effort. Dans le cul-de-sac, surtout à l'endroit par lequel il touche à la rate, je trouvai des places transparentes et décolorées sur lesquelles on

distinguait parfaitement les fibres de la tunique musculaire, lesquelles se liquéfiaient pour ainsi dire entre les doigts. Ce ramollissement ne dépassait pas le bas-fond de l'estomac; cependant quelques auteurs assurent qu'il peut devenir considérable, qu'on trouve tout l'estomac comme diffluent. Deux fois j'ai vu le cardia et l'œsophage ramollis; une troisième fois, le pylore l'était également.

Dans les trois cas, j'ai vu à la surface interne de l'estomac, des inflammations distinctes qui entouraient les endroits ramollis.

Le ramollissement se fait de dedans en dehors, et le début de la maladie paraît devoir être une inflammation; le ramollissement et la dissolution de la muqueuse en sont la suite nécessaire, et celui-ci s'accomplit, tandis que la tunique musculeuse et la séreuse restent saines, et ne subissent la même altération qu'en dernier lieu.

Le diaphragme est celui des organes qui résiste le plus longtemps; dans deux cas, il était intact; dans le troisième ramolli en partie. La rate, une fois sur trois, s'est trouvée décolorée et ramollie dans celui de ses points qui touche à l'estomac.

Le canal intestinal m'a toujours présenté des endroits enflammés et ramollis. Une seule fois, le duodénum était complétement diffluent, de même que des endroits isolés de l'intestin grêle. Le mésentère était toujours enflammé et ses glandes engorgées.

Les trois cas m'ont offert des intussusceptions et une légère inflammation de l'anse invaginée.

Le foie et les conduits biliaires étaient toujours normaux et la vésicule pleine de bile.

Causes de la maladie. — Comme cause prédisposante, il faut considérer 1° une disposition cachectique produite par une mauvaise alimentation et favorisée par la délicatesse d'organisation naturelle à l'enfance, et par l'abondance avec laquelle les acides se forment dans l'estomac; 2° une cachexie héréditaire, suite d'une disposition semblable ou d'un état de phthisie de la mère pendant la grossesse; 3° la dentition, pendant laquelle la maladie se déclare ordinairement, par suite de l'irritabilité plus grande à cette époque, ainsi que des congestions actives et passives vers l'estomac qui en sont la suite; 4° un changement subit dans la nourriture de l'enfant, tel que le sevrage dans un moment inopportun; 5° les passions de la mère, le chagrin, la colère par exemple, qui en altérant le lait, exercent une influence funeste sur l'estomac délicat de l'enfant.

Jaeger a vu une mère d'un caractère très-violent et qui allaitait souvent ses enfants au moment de la colère, en perdre successivement trois de cette maladie.

Toutefois, il est difficile de faire la part exacte de l'influence de la nourriture, car on voit des enfants élevés avec le plus grand soin mourir victimes de cette maladie, tandis que d'autres, nourris de bouillie, de pommes de terre, etc., y échappent.

Il faut admettre, par conséquent, que les influences extérieures et celles qui tiennent à la température favorisent la maladie plus que toute autre chose.

La plupart des observateurs s'accordent à dire qu'elle est plus fréquente aux époques où règnent des gastrites bilieuses, des dyssenteries, des fièvres intermittentes, etc.

Quant à la nature même de la maladie, elle a soulevé des opinions différentes.

Hunter, lorsqu'il a constaté un ramollissement de l'estomac à l'autopsie de personnes mortes de mort violente, l'a toujours vu produit par une sorte de réaction de l'estomac sur lui-même, c'est-à-dire par l'action chimique des sucs contenus dans l'organe sur les parois de celui-ci; de ce fait il a déduit l'hypothèse que le ramollissement n'avait jamais lieu qu'après la mort. Mais un examen exact et approfondi des opinions et des faits démontre que chez les enfants, le ramollissement, bien loin de ne s'opérer qu'après la mort, est le résultat d'une altération générale de l'organisme pendant la vie.

Cammerer (*Essai sur la nature du ramollissement de l'estomac*) a démontré, par des expériences faites sur des animaux, que le vinaigre ramollit l'estomac; que le contenu d'un estomac ramolli, introduit dans l'estomac d'un autre animal, ramollit également celui-ci, pourvu toutefois que l'influence du système nerveux ait été paralysée auparavant, soit par la mort de l'animal, soit par la section des nerfs.

Jaeger (*Hufel. Journal für die Heilkunde*, 1811 *et* 1813) admet aussi une action chimique des sucs de l'estomac; mais il ne croit pas que cette action puisse s'opérer lorsque l'estomac a conservé son état normal; il pense qu'il doit nécessairement s'y joindre quelque autre influence. Il suppose que le suc gastrique s'altère par suite d'une modification maladive du système nerveux, et que par là il se forme dans l'estomac un acide qui en ramollit les parois.

Fleischmann et Meckel se rangent à la même opinion, avec cette différence, toutefois, que le premier regarde la rate comme la source de la formation de l'acide. Lenhossek pense que les symptômes de la maladie, lorsqu'elle n'est encore qu'à son premier degré, sont ceux d'une affection cérébrale, et que celle-ci agit sympathiquement sur l'estomac, de telle sorte qu'il devient incapable de résister aux forces dissolvantes des sucs animaux; d'un autre côté, il est probable, dit-il, que la surabondance d'acide produite par l'affection cérébrale, agit sympathiquement sur les sucs du canal digestif.

Chaussier (*Bulletin des sciences médic.*, n° 53) et Laisné (*Médecine légale*) considèrent la maladie

Digitized by Google

comme une érosion, une ulcération de la muqueuse de l'estomac, incessamment augmentée par le contact de l'ichor sécrété à la surface de l'ulcère.

Rudolphi (*Grundriss der Physiol.*, 2e vol., 2e part., p.104) pense que l'estomac des petits enfants, lorsqu'il est malade, est sujet à se putréfier, et que le commencement du ramollissement est précédé d'une fermentation acide.

Winter regarde le ramollissement comme une maladie de l'organisation tout entière, et cette hypothèse est confirmée par l'existence du grand nombre de maladies diverses qui se joignent souvent au ramollissement, comme, par exemple, les exanthèmes, l'érysipèle, l'induration du tissu cellulaire, l'ictère, les aphthes, l'inflammation des organes abdominaux, la phthisie pulmonaire, l'hydrocéphale, etc.

L'existence simultanée du ramollissement et des maladies précédentes fait penser à Winter que le tissu cellulaire doit être regardé comme le propagateur du ramollissement, en tant qu'il renferme le système capillaire. C'est dans celui-ci que commence l'altération, qui s'étend ensuite au tissu cellulaire. Quant à la matière morbide, qui est à la fois le principe et l'agent de cette métamorphose, il faut sans aucun doute la chercher dans le sang.

La cause première du ramollissement ne saurait, ce me semble, être autre chose que l'inflammation, et les doutes qu'on a élevés à cet égard proviennent uniquement de ce que les uns ont trouvé le ramollissement sans aucune trace anatomique d'inflammation, d'autres accompagné d'inflammation partielle et de congestions vasculaires, d'autres enfin entouré d'une véritable inflammation.

Il est certain que tous ont bien observé, et que ces faits différents viennent à l'appui d'une même hypothèse. La congestion, l'érythème et l'inflammation constituent les différents degrés de la réaction organique, et la prédominance de l'un ou de l'autre de ces caractères dépend des circonstances accidentelles de la maladie.

Les faits suivants prouvent que la maladie n'est pas seulement causée par l'accumulation de l'acide dans l'estomac, mais bien par une altération générale et une inflammation graduelle. Dans un grand nombre de cas, et surtout à l'époque où la maladie régnait épidémiquement à Gottingue, on a trouvé des ramollissements et des perforations simultanés dans toute la continuité du canal intestinal, dans l'œsophage, dans le duodénum, dans le colon, les poumons et le mésentère. Enfin, la maladie, dont le caractère se rapproche de celui du choléra, pourrait bien n'en être qu'une modification particulière à l'enfance; et cette opinion est d'autant plus probable, qu'on a vu le ramollissement de l'estomac devenir fréquent dans les endroits où le choléra a régné, et même se compliquer avec lui de manière à ce qu'on pût en découvrir des traces distinctes.

Traitement. Wagner pose en principe que la gastromalacie ne peut être diagnostiquée avec certitude. Le traitement ne doit être dirigé que contre la gastropathie, qui en est la cause première. Il rejette donc tout traitement symptomatique, et regarde la réaction elle-même comme le premier but qu'on doive se proposer.

Jaeger avoue qu'il a toujours échoué, malgré l'usage des vésicatoires, des sinapismes, des frictions volatiles ou spiritueuses et des bains aromatiques; à l'intérieur, le gaz acide carbonique, l'opium, le musc, la fleur de zinc, sont restés également infructueux.

Mes propres expériences m'ont prouvé que la guérison n'est possible qu'au premier degré de la maladie, celui de l'irritation; dans le degré de paralysie, tous les remèdes restent sans effet.

La fièvre et la chaleur locale qui se manifestent d'abord, indiquent au praticien rationnel qu'un traitement antiphlogistique très-prononcé est le seul qui puisse être efficace. Les sangsues à l'estomac et à la tête produisent un excellent effet; à l'intérieur, le mercure et les alcalins sont toujours nuisibles, tandis que les oléagineux, au contraire, réussissent toujours bien. Lorsque l'inflammation et la fièvre sont calmées, tous les remèdes doivent tendre à produire une réaction sur la peau, et à empêcher le mal de reprendre son cours. On y réussira par les vésicatoires, les sinapismes et autres irritants. A l'intérieur il faudra donner les astringents et les amers. Pendant l'épidémie de Gottingue, on a combattu le deuxième degré de la maladie par les ferrugineux, les amers, l'extrait de ratanhia, le columbo, la cascarille. La créosote à petites doses ne pourrait-elle pas être employée?

Dans la plupart des cas, cependant, on ne réussit guère à arrêter les progrès du mal. Un mieux momentané est fréquemment suivi d'un redoublement de fièvre et d'inflammation locale, qui obligent à revenir aux sangsues et aux oléagineux. Quelquefois la guérison réussit après trois rechutes consécutives; mais le plus souvent, lorsque la maladie n'a pu être coupée dès la première attaque, elle passe au second degré, et devient incurable.

La paralysie une fois déclarée, tous les remèdes ne servent guère qu'à retarder le terme fatal. Lorsque l'agitation est extrême, on peut employer les narcotiques avec les amers et les astringents, la valériane, le musc, le camphre, etc.; mais encore une fois, tous ces moyens restent impuissants contre les convulsions que suit bientôt la mort.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Juin 1840.

—

Digitized by Google

Considérations thérapeutiques sur le délire nerveux et sur son traitement par les opiacés; par M. PADIOLEAU, D. M. à Nantes.

« Nous n'avons pas d'idée, dit M. Lelut, de ce qui constitue matériellement cet état du cerveau qui fait délirer et qui tue sans laisser de traces après la mort; et même quand nous demandons ce qu'il est, ce qu'il pourrait être, nous ne savons trop ce que nous demandons. »

Nous ignorons, en effet, quelle est la condition cérébrale réelle et spéciale qui fait délirer dans un grand nombre de cas; car le délire n'est pas constamment le résultat de l'inflammation du cerveau ou de ses membranes, de même que l'inflammation de ces parties organiques ne détermine pas nécessairement le délire.

Cependant, s'il ne prouve pas toujours l'existence d'une arachnitis, il est pourtant vrai de dire que c'est un symptôme très-commun et presque constant des arachnoïdites de la convexité des hémisphères du cerveau, (à moins que la phlegmasie ne soit limitée à la convexité d'un seul hémisphère), et qu'il ne manque jamais dans les arachnoïdites des lobes antérieurs et dans celles des ventricules.

Mais un des points les plus difficiles est de distinguer pendant la vie le délire idiopathique de celui qui n'est que sympathique. Et pourtant cette distinction est fort importante pour la thérapeutique, puisque c'est dans l'étude de chacune des maladies dont le délire est le phénomène sympathique ou symptomatique, que l'on doit puiser les principes du traitement qu'il convient de mettre en usage pour le combattre; le délire purement nerveux ne devant pas être, en effet, traité comme une méningite où il se forme des exsudations purulentes.

Mais, il faut bien en convenir, on n'a pu jusqu'à présent, dans un assez grand nombre de cas, découvrir la loi des rapports qui existent entre les affections secondaires et les affections idiopathiques, et le diagnostic est quelquefois tellement difficile, que les hommes les plus habiles peuvent se tromper ou, tout au moins, rester dans un doute complet.

Avant que l'anatomie pathologique nous eût démontré que, si le théâtre de la maladie était dans un organe, sa cause néanmoins pouvait être dans un autre, on prenait souvent pour idiopathique ce qui n'était réellement que sympathique. Ainsi comme on plaçait le siége de la maladie dans l'organe le plus souffrant, la cause du délire était toujours présumée dans le cerveau.

Si à la nécropsie on rencontrait une lésion dans ce viscère ou dans ses enveloppes, le diagnostic était suffisamment justifié; si, au contraire, aucune altération ne se présentait dans cet appareil, on concluait que le phénomène était sans cause organique. Aussi le délire nerveux fut-il longtemps confondu avec la frénésie, les fièvres nerveuses, la manie aiguë... jusqu'à ce que Saunders inférât de la spécificité de l'opium dans le traitement de cette affection, sa différence de nature.

Mais aujourd'hui nous savons, grâce à l'anatomie pathologique, que le délire peut être le résultat d'une inflammation aiguë ou chronique des poumons, ou d'un des points du tube digestif; car des désorganisations du ventre nous ont été révélées seulement à l'autopsie à la suite de convulsions et de délire, l'encéphale et ses dépendances étant parfaitement intacts. Sans doute il semble répugner à la raison d'admettre que, même dans les cas de cette nature, le délire n'a aucune connexion *nécessaire* avec une modification matérielle de la substance cérébrale. Aussi Georget, en le rapprochant de la manie aiguë, rapporte-t-il le délire nerveux à une irritation inflammatoire de l'encéphale: opinion partagée par les docteurs Esquirol et Fodéré.

Mais est-il donc impossible de concevoir qu'une douleur locale puisse susciter une fièvre nerveuse générale avec retentissement sur l'encéphale, sans que pour cela l'organe cérébral soit plus enflammé que le cœur, qui éprouve une palpitation devant une impression profonde; que l'œil qui, par un excès de lumière, tombe dans la stupeur ou l'éblouissement.

Convenons d'ailleurs que l'activité des fonctions encéphaliques est le résultat de tant de circonstances différentes, que toute appréciation des troubles intellectuels fondée sur une donnée exclusive est nécessairement fautive et inexacte.

Aussi voyez à quelles contradictions ont été conduits les auteurs qui se sont fait des théories particulières, séduisantes, il est vrai, par la simplicité des solutions, mais fausses par le fond des idées ou par les principes. C'est ainsi que les assertions du professeur Lallemand ont été renversées par celles de Rostan, Ribes, Bayle, etc. Ne savons-nous pas également que les opinions de M. Bouillaud, sur le siége de l'intelligence et de la motilité, ont été détruites par les opinions contraires du professeur Cruveilhier; que MM. Esquirol, Falret, Newman ont pensé: 1° que les troubles les plus prononcés de l'intelligence, tels que la mélancolie, la folie, la manie ne sont pas le signe d'une altération déterminée ayant un siége fixe; 2° que l'intelligence peut se conserver intacte avec les altérations les plus graves; quel que soit d'ailleurs le siége que les lésions puissent occuper.

D'où résulte que, malgré les progrès qu'a faits l'anatomie du cerveau, nous en sommes encore réduits à dire avec Sténon: que l'esprit humain qui a porté jusque dans les cieux son investigation, n'a pu, jusqu'à présent, pénétrer l'instrument par le-

Digitized by Google

quel il agit, et que ses forces semblent l'abandonner quand il est entré dans sa propre maison.

Si donc le délire, qui, dans certains cas, paraît être le symptôme le plus caractéristique de quelques arachnoïdites, peut également se montrer comme symptôme d'affections d'organes plus ou moins éloignés de l'encéphale, comment distinguer s'il indique réellement une lésion cérébrale? On ne le peut souvent pas, au moins par ce seul symptôme. Aussi, pour établir le diagnostic, faut-il donner plus d'attention au rapport des symptômes entre eux qu'à un symptôme en particulier. Mais quelque obscurité qui règne encore sur le siége anatomique du délire nerveux, il est un fait qui mérite une attention particulière : c'est l'existence du rapport presque constant entre la production de cette maladie chez les sujets principalement affectés de blessures.

Parmi les causes, en effet, qui prédisposent davantage à cette maladie, on peut mettre au premier rang l'abus des boissons alcooliques.

Voilà pourquoi M. Rayer lui a donné le nom d'œnomanie, et Hufeland celui de dypsomanie; et pourquoi la plupart des observateurs qui ont écrit sur cette maladie l'ont regardée comme le résultat exclusif de l'abus des alcools.

Dupuytren fut le seul qui, dans un mémoire sur les fractures du péroné, publié en 1819, démontra que le délire nerveux peut être dû à une cause différente, puisqu'il l'a vu survenir à la suite de blessures chez des *sujets d'une sobriété reconnue*.

D'ailleurs nous pourrions citer des faits contradictoires à l'opinion de M. Leveillé, qui regarde le délire nerveux de Dupuytren comme une névrose cérébrale survenue chez des *ivrognes*, à l'occasion d'un accident grave ayant suffi pour développer cette aberration qui était, pour ainsi dire, chez eux, à l'état latent.

Obs. I. — Un jardinier âgé de quarante ans, d'une constitution faible et lymphatique, fut pris d'un point de côté dans le mois de février 1840. Cet homme, d'une sobriété exemplaire, ne s'enivre jamais, et boit même fort peu de vin à ses repas. M. Bataille ayant été appelé, constata l'existence d'une pneumonie aiguë. Il saigna le malade plusieurs fois, fit une application de sangsues sur le côté douloureux, puis enfin mit un vésicatoire. Cependant, vers le sixième jour de la maladie, notre confrère ayant trouvé quelque chose d'insolite dans les manières de cet homme, un peu d'aberration dans l'intelligence, une précipitation extraordinaire dans les mouvements, jointe à une insomnie remarquable, me fit appeler en consultation. Le malade n'accusait plus de douleur au côté, la toux avait presque entièrement disparu, et cependant on entendait un râle crépitant, manifeste, au sommet du poumon gauche. Le regard était fixe et brillant sans dilatation des pupilles, et le malade passait d'un objet à un autre sans beaucoup de connexion dans les idées. Le pouls, peu développé, était lent, et les urines étaient absolument lactacées.

Regardant le délire comme nerveux, mais ne trouvant point ici l'opportunité du musc, nous convînmes de donner à notre malade 15 centig. d'extrait gommeux d'opium dans une potion antispasmodique. La nuit ayant été néanmoins très-agitée, on fit encore une autre saignée le lendemain; je ne vis pas le malade ce jour-là. Cependant la nuit suivante ayant été très-mauvaise, le malade voulant à chaque instant sortir de son lit et déraisonnant complétement, je fus mandé de nouveau. Les yeux étaient toujours fixes et brillants, la conjonctive de l'œil gauche était légèrement injectée; le pouls donnait soixante-cinq pulsations, et le malade, avec un délire assez calme, répondait quelquefois juste aux questions qu'on lui adressait.

Nous convînmes, vu l'injection de la conjonctive, d'appliquer une sangsue dans chaque narine; et comme il n'avait point eu de garderobes depuis plusieurs jours, nous ordonnâmes un gramme de calomel à la vapeur, en prises, voulant ainsi faire une dérivation sur le tube intestinal. Puis, dans le cas où, malgré ces moyens, le délire ne cesserait pas, une potion antispasmodique avec 30 centig. d'extrait gommeux d'opium pour l'après-midi. Le soir, point de changement dans l'état du malade. Il n'y avait pas eu de selles; la potion était à peine commencée.

Le lendemain, on nous apprit que le malade avait été trois à quatre fois à la garderobe, sans que pour cela le délire eût cessé; qu'il avait pris ensuite sa potion par cuillerée d'heure en heure, et qu'il était tombé dans un sommeil très-paisible, jusqu'à quatre heures du matin. A son réveil, ses idées étaient beaucoup plus nettes, quoiqu'elles offrissent encore un peu d'aberration; mais ayant pris une autre cuillerée de la potion qui était au deux tiers, il se rendormit jusqu'à six heures, et alors il n'y eut plus de traces de délire.

Quand nous le vîmes à neuf heures au matin, nous le trouvâmes dans l'état le plus satisfaisant. Il se rappelait fort bien que les jours précédents il croyait n'être pas dans son lit, et il semblait se réveiller comme d'un profond sommeil. Nous lui accordâmes deux soupes et une autre potion avec extrait gommeux d'opium, 10 centig. pour la nuit suivante. A partir de ce moment la convalescence s'établit franchement et ne fut entravée par aucun accident. Le poumon offrait un mélange de râle muqueux et crépitant humide. Les urines présentaient toujours un dépôt blanc remarquable.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs titres. Elle prouve, en effet, 1° contre l'opinion de ceux qui soutiennent que les blessures et les opéra-

Digitized by Google

tions ne déterminent le délire nerveux que chez les individus qui y sont prédisposés par l'habitude de l'ivresse ; 2° contre l'opinion encore de ceux qui, comme le docteur Ware, de Boston, soutiennent que la diète et les antiphlogistiques suffisent pour guérir le délire nerveux ; car les évacuations sanguines n'avaient certes pas été dans ce cas un moyen curatif. Au reste, Dupuytren l'avait déjà démontré d'une manière surabondante, comme nous allons le voir dans l'observation suivante. Remarquons, en outre, que chez notre malade il n'y avait point de tremblement musculaire, ce qui viendrait encore à l'appui de ceux qui se sont élevés contre la dénomination vicieuse de delirium tremens.

Obs. II. — Un perruquier qui, par suite de désespoir, s'était porté plusieurs coups de ciseaux dans la poitrine, fut admis dans les salles de M. Dupuytren. A son arrivée il fut saigné et prit une potion antispasmodique, sans résultat pour le délire dont il était atteint à son entrée. Le lendemain, nouvelle saignée, nouvelle potion antispasmodique. Le délire continue, l'agitation est extrême. Les jours suivants, deux saignées ne déterminèrent aucun changement dans l'état de cet homme. Alors le cinquième jour, M. Dupuytren fit administrer deux lavements avec dix gouttes de laudanum dans chacun d'eux. Dès lors diminution dans tous les symptômes. Le lendemain le délire avait complétement cessé.

Cette observation, et beaucoup d'autres analogues que l'on pourrait rapporter, ne prouve-t-elle pas que les symptômes du délire nerveux résistent souvent aux émissions sanguines, quoi qu'en aient dit les docteurs Georget, Esquirol, Ware, etc., et cèdent, comme par enchantement, aux préparations opiacées. Enfin, était-ce là la méthode employée par Dupuytren, méthode dont il eut toujours à se féliciter? Ceux, en effet, qui ont suivi la clinique de ce célèbre chirurgien, savent fort bien que le délire qui survenait chez ses amputés était généralement calmé par des lavements laudanisés. Il prescrivait ordinairement six à dix gouttes de laudanum de Sydenham par lavement ; et, si le délire persistait il en portait la dose à vingt, trente et même quarante gouttes, en séparant chacune des prises par un intervalle de six heures.

Obs. III. — Dans la salle Sainte-Marthe fut apporté, en 1831, un homme de cinquante ans avec une fracture de l'extrémité inférieure du péroné. Cet homme était, à son entrée, dans un état complet d'ivresse, et l'interne de garde appliqua un bandage provisoire pour maintenir les fragments en rapport. Dans la nuit les douleurs furent très-vives : il y eut gonflement de l'articulation, insomnie. Le lendemain, Dupuytren remplaça le premier bandage par l'appareil spécial dont il se servait dans les fractures du péroné. Pendant trois jours l'état du malade fut assez satisfaisant ; mais le quatrième jour il se manifesta tout à coup du délire avec une agitation extrême, sans aucun indice de fièvre.

Lavement avec laudanum, cinq gouttes.

Au réveil cessation du délire, on ne continue pas le laudanum. Trois jours après, réapparition des accidents nerveux qui persistent pendant deux jours, et cèdent, pour ne plus revenir, à l'emploi répété de laudanum.

Voilà des faits qui prouvent tout le succès qu'on peut obtenir des opiacés dans le délire nerveux. Non pas que nous prétendions que les émissions sanguines ne puissent convenir dans certains cas ; car, selon nous, M. Calmeil a exagéré l'efficacité de l'opium, et proscrit la saignée d'une manière *trop absolue*, puisque plusieurs praticiens, et entre autres le docteur Baron, ont guéri beaucoup de malades par la méthode antiphlogistique seule. Mais nous pensons, avec M. Forget, que l'opium s'adresse à la cause formelle du délire, et que c'est le moyen le plus puissant que nous ayons à notre disposition.

Dupuytren est, je crois, le premier qui fit usage du laudanum dans le délire nerveux traumatique. Il le donna d'abord en potion ; mais cette méthode ne lui ayant pas réussi, il l'administra par le rectum où la fonction assimilatrice se fait avec une grande activité, le médicament ne se trouvant pas en contact avec des sucs qui le dénaturent plus au moins. Aussi cinq à six gouttes de ce liquide administrées par cette méthode produisent-elles plus d'effet qu'une dose double et triple introduite dans l'estomac. Il est vrai que quelques grains de sulfate de quinine donnés en lavement, ont généralement un résultat plus prompt et plus avantageux que dix à douze grains de ce sel donnés par la bouche.

Cependant on peut obtenir les mêmes succès de l'extrait gom. d'opium et de l'acétate ou du sulfate de morphine, comme le prouvent les observations de MM. Léveillé, Guersent, Calmeil, et comme nous l'avons vu nous-même.

Obs. IV. — Huet, portefaix, âgé de trente-cinq ans, et habitué à prendre tous les matins du gloria (eau-de-vie dans du thé), boit souvent du vin et des liqueurs dans la journée, sans pourtant être dérangé. Vers le milieu du mois de juillet 1839, il ressentit, en déchargeant une voiture, une douleur très-vive dans la région lombaire. Une application de sangsues, des frictions opiacées *loco dolenti* ne procurèrent qu'un très-faible soulagement. Il y avait deux jours qu'il gardait le lit pour cette affection qui n'était point accompagnée de fièvre, lorsque je fus appelé. Je le trouvai levé, les yeux brillants, figure étonnée et cherchant continuellement à tirer des cheveux qu'il prétendait avoir dans la bouche. Le pouls ne donnait que soixante-deux pulsations à la minute.

Digitized by Google

Comme c'était la première fois que je le voyais, je priai mon confrère le docteur Bonamy, qui lui avait donné des soins jusque-là, de venir m'aider de ses conseils et de me dire s'il n'avait point remarqué chez le malade quelques symptômes de fièvre pernicieuse. Dans cette hypotèse il prit quelques grains de sulfate de quinine; mais l'ayant retrouvé dans le même état au milieu de la journée, j'abandonnai cette idée pour venir à celle d'un délirium tremens; car le pouls était toujours calme quoiqu'il eût les yeux brillants, la figure animée, et qu'il cherchât encore à tirer des cheveux de sa bouche. J'ordonnai alors une potion antispasmodique avec quinze gouttes de laudanum de Sydenham. Malgré cette potion la nuit se passa dans un état d'agitation extrême; il sortit de sa chambre, malgré sa femme et son frère, et passa, suivi de ce dernier, une partie de la nuit à se promener dans les rues.

Le lendemain matin je prescrivis une potion avec huit grains d'extrait gommeux d'opium, à prendre par cuillerées de demi-heure en demi heure, il en avait pris à peu près les deux tiers lorsqu'il s'endormit. Il se réveilla deux heures après beaucoup mieux, mais croyant toujours avoir des cheveux dans la bouche.

Il continua le reste de la potion et dormit une partie de la nuit suivante d'un sommeil assez paisible. Le lendemain le délire avait presque entièrement cessé; mais les douleurs lombaires réveillées, le forcèrent de garder le lit pendant plusieurs jours. Je continuai l'opium à dose décroissante, et le délire cessa complétement.

Voilà, par exemple, une observation qui viendrait confirmer l'opinion des docteurs Sutton, Léveillé, Rayer, etc., qui considèrent l'usage immodéré des boissons alcooliques comme la condition essentielle du délire nerveux. La prédisposition étant donnée, une blessure, une opération, une maladie quelconque, en un mot, devient cause déterminante; mais, comme nous l'avons vu, il n'en est pas toujours ainsi.

Nous trouvons aussi chez cet homme la confirmation de ce que dit Dupuytren, dans son mémoire sur les fractures du péroné. « L'insensibilité est telle, qu'on a vu des individus délirants atteints de fractures comminutives des extrémités inférieures, arracher l'appareil et marcher en s'appuyant sur leurs membres brisés, sans témoigner la moindre douleur.

Ainsi, pendant son délire, ce portefaix ne ressentait plus sa douleur des lombes, il se tenait et se redressait sans hésitation, tandis qu'avant et après son délire, il ne pouvait même pas se tenir assis sur son lit.

De même que l'extrait gommeux d'opium, le sulfate de morphine réussit très-bien dans cette affection. Ainsi, un homme atteint d'un délire violent, suite d'ivresse, est apporté dans la salle Saint-Bernard, service de M. Récamier. Il passe la nuit dans un état d'exaspération et d'insomnie qui continue encore à la visite. Les yeux sont injectés, brillants, fixes, les pupilles dilatées, la face est rouge, tuméfiée, le pouls est à soixante-douze pulsations. Les membres et les lèvres sont agités d'un tremblement continuel. Le docteur Trousseau prescrivit un demi-grain de morphine, de demi-heure en demi-heure jusqu'à ce que le sommeil survînt. Après en avoir pris deux grains et demi, le malade s'endormit, et, à son réveil, le délire avait complétement cessé.

Nous ne fûmes pas aussi heureux, mon confrère le docteur Thibeaud et moi, chez une femme qui m'avait paru atteinte d'un simple délire nerveux. C'était chez une domestique qui, renvoyée le soir de chez ses maîtres, en éprouva une contrariété très-vive. Le lendemain elle avait des idées incohérentes, le regard fixe, les yeux brillants et le pouls naturel. J'ordonnai des sangsues à la cheville du pied, les règles n'ayant pas paru à l'époque ordinaire. A peine furent-elles tombées, que la malade entra dans un grand état d'exaspération. Elle chantait, criait et se promenait continuellement dans la chambre. J'ordonnai alors une potion avec 30 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Après en avoir pris environ les trois quarts, elle eut des vomissements, une syncope; puis entra dans un calme très-grand, et recouvra parfaitement la raison. Mais la nuit suivante, malgré qu'elle continuât à prendre de l'opium, le délire fut très-grand, et elle n'eut pas un instant de sommeil. Je la fis alors conduire à l'Hôtel-Dieu dans les salles du professeur Thibeaud. Là elle prit des bains avec affusions et jusqu'à quarante centigrammes de morphine dans les vingt-quatre heures.

Cette dose énorme d'opium la calma pendant une nuit, il y eut du sommeil, et le lendemain elle était dans un état satisfaisant. Mais ce calme ne fut pas de longue durée; le délire revint bientôt, et on fut obligé de la conduire à l'hospice de Saint-Jacques.

Si dans ce cas nous n'avons point obtenu de succès des préparations opiacées, nous avons du moins acquis la preuve qu'il s'établit, à l'égard de l'opium, comme l'avaient déjà dit les docteurs Sutton et Ferry, une espèce de tolérance analogue à celle que l'on observe dans les pneumonies pour les préparations d'antimoine.

Nous savons que les enfants ne commencent guère à délirer avant l'âge de quatre à cinq ans; mais cette susceptibilité nerveuse ne serait-elle pas dans quelques circonstances remplacée par les convulsions? Il est du moins certain que l'opium est un moyen bien précieux dans les cas de convulsion où le sys-

tème nerveux est exalté par de vives souffrances, lorsqu'il n'existe d'ailleurs ni somnolence, ni disposition à une congestion cérébrale.

De Haën rapporte, *Rat. méd.*, t. II, p. 293, une observation fort intéressante de convulsion qui avait résisté à tous les moyens, et qui céda comme par enchantement à l'opium.

Dans le cas suivant, M. Bataille a pu voir lui-même les heureux effets qu'on peut parfois en obtenir : Un enfant de quatre mois fut pris de dévoiement avec coliques très-violentes, la mère qui le nourrissait ayant bu, plusieurs matins de suite, une décoction concentrée de chicorée sauvage. Une sangsue à l'anus appliquée à trois fois différentes; des bains, des cataplasmes ne calmèrent ni le dévoiement ni les coliques. Le troisième jour il est pris de convulsions. La tête se renversait, les yeux rentraient dans leurs orbites, les membres se redressaient; il avait, en un mot, les mouvements cloniques qui caractérisent les convulsions de l'enfance; les bains ne calmant point cet état inquiétant, on administra un petit lavement avec deux gouttes de laudanum. Quelques instants après les convulsions cessèrent; l'enfant tomba dans un sommeil paisible qui dura deux heures. A son réveil, état bien plus satisfaisant. Le lendemain, comme il y avait encore menace de convulsion, un second lavement, semblable au premier, fut donné à cet enfant, qui s'endormit paisiblement. Et à dater de ce moment tous les accidents cessèrent.

En résumé, donc, l'opium reste pour nous le remède le mieux indiqué dans le délire nerveux; sans que nous rejetions néanmoins la saignée, les vomitifs, les purgatifs, etc., que nous emploierions dans l'occurrence eu égard à la prédominance de tel ou tel symptôme, suivant en cela le précepte judicieux de Kleinn : *Ego nec a veteribus sum nec a novis : utrosque, ubi veritatem colunt, sequor, magni facio sæpius repetitam experientiam.*

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Juin 1840.

Quelques considérations sur l'emploi des émissions sanguines dans le traitement des fièvres éruptives; par A. FOUCART.

A bien des lecteurs, je n'en doute pas, le titre seul de ce travail pourra paraître au premier abord une sorte d'hérésie médicale. La plupart des médecins partagent, en effet, relativement à l'emploi des émissions sanguines dans le traitement des fièvres éruptives, les idées qui ont cours dans le public, et qui, par un résultat malheureusement trop fréquent, ont pris en quelque sorte droit de bourgeoisie dans la science. Quelle est la cause de la funeste prévention qui existe ainsi partout contre ce mode de traitement dans les fièvres éruptives? L'on ne peut véritablement s'en rendre compte. Mais une chose que l'on a peine à concevoir, c'est qu'en présence des faits évidents et multipliés dont on est journellement témoin, cette prévention puisse encore subsister; bien plus! que les soutiens de l'opinion contraire à celle généralement reçue, passent dans tous les esprits pour des fanatiques privés de raisonnement, croyant aveuglément à la parole du maître, sans avoir jamais pris la peine de vérifier par eux-mêmes les résultats de la méthode dont ils s'avouent les partisans.

Tous les dermatologistes (et disons en passant qu'il nous a toujours paru étonnant que l'on voulût considérer les fièvres éruptives comme de simples maladies de la peau) proscrivent l'emploi des émissions sanguines dans les fièvres éruptives, en tant que ces émissions sanguines sont destinées à combattre la fièvre éruptive elle-même, et non pas seulement les complications qui pourraient survenir. Ils les proscrivent par les raisons suivantes, à savoir : 1° que si on les met en usage au début de la maladie, dans l'intention de la faire avorter, on peut donner lieu à des accidents très-graves, souvent mortels, en empêchant l'éruption de se faire;

2° Si, au contraire, à une période plus avancée, on risque de causer la rentrée de l'éruption, ce qui n'est jamais sans danger, et de déterminer des métastases. C'est surtout dans la variole que l'on a recommandé de s'abstenir de saignées, à quelque époque que ce soit, ou au début, ou pendant la période de suppuration, pendant laquelle, dit-on, les forces du malade sont plus ou moins épuisées par la suppuration, la diète, la fièvre, etc.

Il pourra donc paraître étonnant à certaines personnes, qu'après une proscription aussi formelle et aussi générale du traitement antiphlogistique en pareille circonstance, une école toute nouvelle encore, mais qui, par des méthodes d'observation plus précises, plus *exactes* que celles de ses devancières, a fait faire à la science médicale d'immenses progrès, qu'une nouvelle école, dis-je, ait *osé* appliquer aux fièvres éruptives, et avec succès, la formule des émissions sanguines locales et générales répétées. Non que j'entende dire par là que cette formule des saignées soit appliquée ici de la même manière et avec autant de rigueur que dans certaines maladies aiguës; ce serait, comme l'a dit un savant professeur, vouloir *se servir de la massue d'Hercule pour tuer une mouche;* mais modifiée selon les cas, selon l'intensité de l'affection, le tempérament, la constitution des sujets, suivant toutes les circonstances enfin dans lesquelles ils se trouvent placés. La formule des émissions sanguines, employée par

Digitized by Google

M. Bouillaud, offre des avantages incontestables et bien tranchés sur les autres méthodes, dans le traitement des fièvres éruptives.

Avant d'aller plus loin, et sans entrer dans des discussions théoriques, il nous semble à propos de citer quelques faits recueillis dans le service dont nous parlons; les observations prises avec soin peuvent seules, ce nous semble, venir à l'appui d'une assertion comme la nôtre, fondée sur l'expérience.

Obs. I. — Au n° 13 de la salle St.-Jean-de-Dieu est couché le nommé Clément Lachanette, 23 ans, cordonnier, rue des Poulies, 9, né à St.-Malo, entré le 1er avril 1840.

— D'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, non vacciné, variolé. A Paris depuis quatre ans; habituellement bien portant. Il y a six semaines, il fut pris d'un rhume assez léger, qui ne l'empêcha pas de vaquer à ses occupations. Il y a six jours, il ressentit des frissons, de la céphalalgie; mal de gorge, anorexie, un peu de toux; ce matin, le malade s'aperçut de petites taches rouges disséminées sur le visage. Aucun traitement.

A la visite du soir, voici l'état que présente le malade : injection des yeux, un peu de rougeur comme érysipélateuse du côté du nez; le visage, les membres supérieurs et le tronc sont couverts d'une éruption de taches rouges, irrégulières, légèrement saillantes, paraissant appartenir à la rougeole, et séparées par des intervalles où la peau conserve la couleur normale; pouls à 108-112, développé; résonnance et respiration bonnes partout; un peu de râle sibilant seulement par intervalles.

Saignée, 3 palettes.

Le 2 avril, 2 selles depuis hier. Le malade se trouve bien ce matin. Les taches ont beaucoup pâli; cependant elles sont encore un peu saillantes; visage moins rouge. Peu de toux; crachats séro-muqueux imitant ceux du catarrhe chronique; langue humide, molle; pouls à 108, médiocrement développé; peau chaude, sèche; respiration rude, sèche, mêlée çà et là d'un peu de ronchus et de quelques bulles de crépitation; résonnance passable; ventre souple, indolent.

Caillot adhérent aux parois du vase, sans couenne, de consistance médiocre, sérosité peu abondante.

Diagnostic. — Rougeole bien caractérisée, grave.

Saignée de 3 palettes ventouses scarif., région post. thorax, 3 pal., guim. bourr., sir. gom. 2 p., lav., cat., diète.

Le 3, le malade se trouve bien; un peu de faiblesse encore. La rougeur des ailes du nez a disparu. Les taches ont pâli et sont également moins saillantes. Peau de chaleur douce, pas trop sèche. Toux rare, crachats séro-muqueux. Langue humide.

Pouls, 96.

Caillot de la saignée adhérent, sans couenne, de médiocre consistance; sérosité des ventouses, claire, non rougie; les rondelles sont prises en une masse molle.

Guim., bourr., s. gom., 2 p., cat., lav. huileux, 30 gram., diète.

Le 4, desquamation du visage; le malade va bien; disparition de l'éruption sur le tronc et les membres. Chaleur modérée de la peau. Crachats muqueux, assez abondants. Pouls, 80-84.

Soif modérée, langue nette, un peu rouge. Pas de selles. Convalescence commençante.

Id. Id. un bouillon coupé.

Le 5, il se trouve très-bien, le bouillon a bien passé. Pouls 84.

1 *Bouillon, soupe aux herbes.*

Le 6, il ne reste plus aucune trace de l'éruption. Le visage est un peu bouffi. Pouls 76.

Le 8, pouls à 72.

Un huitième d'aliments.

Le malade sort le 25 avril, parfaitement guéri depuis longtemps.

Obs. II. — Au n° 11 de la salle St.-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Clément Souque, 28 ans, domestique, rue St.-Dominique, 26, né à Betmann (Ariège), entré le 17 avril 1840.

Constitution forte, tempérament bilioso-sanguin, vacciné. Il y a sept jours, il fut pris de céphalalgie, sentiment de chaleur vive, toux sans expectoration, larmoiement, courbature, douleurs lombaires, insomnie, agitation, soif vive; il ne s'alita que le troisième jour de sa maladie, et resta couché depuis cette époque jusqu'à son entrée. Ce matin, il vit sur ses bras, sa poitrine et son visage, de petits points rouges, sans démangeaison, ni chaleur à la peau. Pas de traitement actif.

Il attribue sa maladie au voisinage de deux enfants affectés de rougeole qui habitent la même maison que lui.

Etat du malade, à l'entrée : Abattement, douleurs lombaires; injection des yeux, qui supportent difficilement la lumière. Visage animé; le tronc, les membres offrent des taches rouges, séparées, irrégulières dans leur forme, saillantes; enchifrènement bien marqué. Lèvres sèches, langue humide, saburrale; soif vive; anorexie. Une seule selle.

Pouls, 116-120. — Peau chaude, sèche; température de l'abdomen, 38°. Résonnance et respiration bonnes en avant; un peu de râle sibilant en arrière. Toux peu fréquente.

Saignée, 4 palettes.

Le 18 avril, soulagement depuis la veille. L'éruption est encore confluente, générale surtout au visage et sur la poitrine. Pouls à 104, médiocrement développé. Crachats muqueux opaques. Sentiment

Digitized by Google

de faiblesse moindre que la veille. Respiration faible, rude, accompagnée d'un peu de râle sibilant dans les fortes inspirations. Insomnie, agitation. Rougeur vive de la muqueuse de l'arrière-gorge, sans gonflement des amygdales.

Caillot de la saignée adhérent au vase, d'assez bonne consistance, couenne mince à sa surface.

Diagnostic. — Rougeole bien caractérisée.

Cas intense.

20 *sangsues au cou. Guim., bourr., s. gom., 2 p., cat. autour du cou, Julep, thrydace,* 0,20, *lav. Diète.*

Le 19, le malade va sensiblement mieux. Le visage est moins gonflé, les yeux moins injectés; l'éruption d'un rouge moins prononcé; la gorge est moins douloureuse; pouls, 72-76. Chaleur de la peau normale; un peu de sang venant du nez, dans les crachats.

Viol. guim., sir. gom., 2 p. Julep thrydace, 0,25. *Diète.*

Le 20, l'éruption a complétement disparu. Le malade ne se plaint que de faiblesse. Toux rare, une légère épistaxis. Chaleur de la peau normale.

Pouls 68. — Convalescence commençante.

Id. 1 bouillon, 1 potage.

Le 23, pouls à 60.

Quart. Cotelette.

Il sort le 27 du même mois.

Obs. III. — Au n° 8 de la salle St.-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Henry-François, 19 ans, tailleur, rue Ste.-Anne, 18, né à Ampigny, Côte-d'Or, entré le 3 février 1840.

— Constitution moyenne, tempérament lymphatico-sanguin, habituellement bien portant. Il y a 15 jours, il a commencé à tousser et à cracher des matières blanches, peu abondantes. Alité depuis 4 jours, la voix est enrouée depuis le début de sa maladie. Depuis hier il s'est aperçu d'une éruption de taches rouges sur le visage et le tronc. Aucun traitement.

État du malade le 3 février, à la visite du soir :

Pouls 88, médiocrement developpé. Le tronc, les membres, le visage, sont couverts d'une éruption de taches rouges appartenant à la rougeole. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière. Un peu de râle sibilant par intervalles; diarrhée depuis trois jours. Ventre affaissé, souple; la gorge n'est pas douloureuse. Langue humide, un peu blanche. Bruits du cœur normaux.

Saignée de 3 palettes.

Le 4 février, pas de soulagement. Les taches sont plus abondantes sur la partie antérieure du tronc que sur les membres. Un peu d'enchifrènement. Pas de mal aux yeux. Un peu de toux sèche. Langue rouge, lisse. Chaleur modérée et sécheresse de la peau. Pouls à 80, bien développé, résistant, non redoublé. Un peu de râle muqueux et sifflant à gauche. Ré onnance et respiration bonnes partout ailleurs.

Caillot adhérent, couenne d'un gris verdâtre, facile à déchirer.

Diagnostic. — Rougeole bien caractérisée. Cas assez grave.

Saig. 3 pal. Guim., bourr., sir. gom., 2 p., lav., diète.

Le 5, pouls 80-84. Sentiment de faiblesse. Langue blanche; persistance de l'éruption rubéolique sur le visage et le tronc. Respiration assez bonne. Pas de rougeur de l'arrière-gorge.

Caillot adhérent, offrant une petite plaque de couenne, mince à sa surface, d'assez bonne consistance.

Guim., vol. s. gom., 2 p., cat., lav., diète.

Le 6, l'éruption a beaucoup diminué, mais n'est pas entièrement effacée. Le malade va mieux que la veille. Pouls 72, petit. Peu de soif.

Convalescence commençante.

Id. un bouillon coupé, pruneaux.

Le 8, l'éruption a tout à fait disparu. Encore un peu d'enrouement. Chaleur normale de la peau.

Quart. Côtelette.

Obs. IV. — Au n° 19 de la salle St-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Jules Baudon, 18 ans, épicier, rue Sartine, 6, né à Bourg-la-Rivière (Seine-et-Oise), entré le 1er février 1840.

Constitution forte, à Paris depuis deux ans, santé habituellement bonne, maladie depuis 8 jours; il a commencé par éprouver de la céphalalgie, douleur de gorge et toux suivie d'expectoration. Anorexie. Vomissements provoqués par la tisane; au dire du malade depuis trois jours il est alité, et n'a pris pour toute nourriture que de la soupe et du bouillon.

État actuel à la visite du soir :

Pouls 84, visage couvert de taches rouges, séparées par des intervalles blancs; la même éruption évidemment rubéolique, s'observe sur le tronc et un peu sur les membres. Les yeux sont larmoyants. Un peu de douleur à la gorge. Langue rouge, ainsi que l'arrière-gorge, sans gonflement des amygdales. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière. Un peu de râle sibilant.

Saig. 3 palettes.

Le 2 février, mieux sensible. L'éruption a pâli, surtout sur le tronc. Le visage est rouge. On observe peu d'éruption sur les membres, plus cependant aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Pouls 84. Langue d'un rouge vif, humide. Voix enrouée; arrière-gorge rouge, sans gonflement des amygdales. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière, la respiration est accompagnée de râle sibilant, et de bulles humides à la partie inférieure des deux poumons. Crachats abondants,

Digitized by Google

spumeux, blancs. Ventre souple affaissé. 3 ou 4 selles depuis hier.

Caillot adhérent, mou, sans couenne, noirâtre.

Diagnostic. — Rougeole avec laryngo-bronchite générale. Cas assez grave.

Saig. 3 pal. Sol. sir. gom., 2 p. Sol. sir. gros., 2 p., lav., diète.

Le 3, mieux encore que la veille; voix moins enrouée. L'éruption a presque entièrement disparu. Chaleur de la peau modérée. Pouls 72-76, souple, bien développé. Langue d'un rouge moins vif, toux grasse, avec crachats séro-muqueux.

Caillot adhérent, sans couenne, de médiocre consistance. Convalescence commençante.

Sol. sir. gom., 2 p., cat., un bouillon coupé.

Le 4, il se trouve tout à fait bien; l'éruption, a tout à fait disparu. Pouls 68. Langue humide, rosée.

2 Bouillons. Crème de riz; Pomme cuite.

Le 17, il demande sa sortie.

Obs. V. — Au n° 5 de la salle Ste-Madeleine est couchée la nommée Annette Gendarme, 24 ans, cuisinière, rue des Saints-Pères, 26, née départ. des Ardennes, entrée le 22 novembre 1838.

Constitution de force moyenne, lymphatico-sanguine, à Paris depuis 4 ans, réglée à 17 ans; le second écoulement menstruel n'a paru qu'un an après. Depuis elle a toujours été bien réglée. Il y a huit jours, elle a commencé à tousser sans cracher et sans douleur de côté. La toux a continué depuis. Un peu de fièvre. Appétit diminué; soif modérée, pas de douleur de gorge. La nuit dernière elle a aperçu des taches rouges sur sa peau. Aucun traitement.

Elle dit n'avoir pas eu de rapport avec des personnes atteintes de rougeole.

État de la malade à l'entrée.

Visage animé, parsemé de taches rouges, disparaissant sous la pression. Paupières rouges, un peu de larmoiement; le tronc et les membres présentent la même éruption, qui offre tous les caractères de la rougeole. Pouls à 84, peu développé. Résonnance et respiration bonnes partout.

Saignée 3 palettes.

Le 23 novembre, à peu-près même état que la veille. Quelques douleurs lombaires. Les règles ont commencé à couler. Les taches ont beaucoup pâli sur le cou et le visage : elles persistent sur les seins; la partie antérieure et interne des cuisses est toujours le siége d'une vive rougeur, par plaques analogues à celles de la scarlatine. Sur les bras et les mains, les taches sont séparées par des intervalles où la peau reste blanche, et sont saillantes. Toux fréquente sans crachats; langue humide, rose pâle; un peu de sueur cette nuit. Chaleur modérée de la peau. Pouls 72-76. Coryza avec éternuement et larmoiement.

Caillot en partie adhérent. Couenne générale d'une demi-ligne d'épaisseur, soutenant le poids du caillot.

Diagnostic. — Rougeole en partie discrète, en partie confluente et scarlatiniforme.

Cas moyen.

Viol. guim. sir. gom. 2 p. *Julep sir. diacode,* 30 gr. *Lav. émoll. Diète.*

Le 24 novembre, la malade se trouve mieux; la rougeur des membres, tant supérieurs qu'inférieurs, a diminué. Sommeil cette nuit. Chaleur normale de la peau. Pouls 72. Langue humide, rosée. Soif normale; appétit.

Convalescence commençante.

Viol. guim. sir. gomme. 2 p. *Julep diacodé.* 1 *bouillon.*

Le 25, pouls 60-64. Le bouillon a bien passé.

2 *bouillons. Soupe aux herbes.*

Le 26, chaleur normale. Pas de desquamation notable. L'éruption a complétement disparu.

Huitième d'aliments.

Le 1er décembre, elle demande sa sortie.

Obs. VI. — Le 7 avril 1840 est entrée à la salle Ste-Madeleine, n. 13, la nommée Caroline Bridaut, 25 ans, cuisinière, rue du Helder, 14, née à Rougemont, Côte-d'Or.

Constitution forte, vaccinée; à Paris depuis trois ans; réglée à 16 ans; toujours bien réglée depuis cette époque. Habituellement bien portante. Il y a quatre jours, elle fut prise de céphalalgie, de courbature; toux assez fréquente; symptômes qui ne l'empêchèrent pas de vaquer à ses occupations. Hier, étourdissement, coliques, perte de l'appétit, larmoiement, qui l'obligèrent de s'aliter. Dans la journée elle s'aperçut de l'éruption de petites taches rouges sur le visage; le soir épistaxis. Insomnie cette nuit. Aucun traitement actif.

A la visite du soir, on constata les phénomènes suivants :

Le visage, la poitrine, les bras, le ventre et la partie extérieure des cuisses couverts d'une éruption de taches rouges, irrégulières, légèrement saillantes; teinte jaune de l'ovale inférieur. Les yeux sont un peu humides. Conjonctive rouge, injectée; langue saburrale, rouge à la pointe. Bouche pâteuse. Pouls 96-100, petit. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière.

Saignée de trois palettes.

Le 8 avril, même état que la veille; l'éruption est bien caractérisée, sur la partie antérieure de la poitrine, les membres et le visage. Les taches sont séparées par des intervalles dans lesquels la peau est blanche comme à l'état normal. Peau chaude, pas trop sèche. Langue blanche; toux rare, sans gêne

Digitized by Google

de la respiration. Quelques crachats muqueux. Pouls 84.

Caillot non rétracté, tremblotant, mou (le sang a mal coulé.)

Diagnostic.—Rougeole avec un peu de bronchite. Cas moyen.

Guim. sir. gom. 2 p. *Lav. huil.* 30 grammes. *Diète.*

Le 9, la malade va mieux. Peu de toux. L'éruption très-discrète, commençant à pâlir sur la poitrine. Chaleur de la peau douce, moite. Pouls 64-68.

Guim. sir. gom. 2 p. *Diète.*

Le 10, l'éruption a beaucoup diminué. Crachats muqueux, peu abondants. Pouls 64.

Convalescence commençante.

Id. 1 *bouillon coupé.*

Le 14, elle demande sa sortie.

Quelles sont les réflexions que peut et que doit nous suggérer la lecture des six cas de rougeole que nous venons de citer, et que nous avons jugés suffisants pour remplir le but que nous nous sommes proposé? Examinons d'abord ces cas sous le rapport de leur gravité, du traitement mis en usage et de la durée de la maladie, et voyons quels ont été en réalité les résultats de l'emploi des émissions sanguines, c'est-à-dire, si elles ont hâté ou retardé la convalescence, ou si leurs effets ont été tout à fait nuls.

Des six cas dont il s'agit, quatre sont graves, ou assez graves, et ont nécessité par conséquent une médication plus énergique que les deux derniers. Aussi voyons-nous que ces quatre malades, d'une forte constitution, du reste, ont tous subi deux émissions sanguines, l'une, le soir de leur entrée, l'autre, le lendemain. Un d'eux, même (obs. Ire), en a subi trois, deux générales et une locale; cette dernière, plus spécialement destinée à combattre les symptômes de la bronchite et à prévenir les accidents les plus redoutables de la rougeole, accidents sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure. Les deux derniers malades n'ont subi chacun qu'une émission sanguine, en raison du peu de gravité de leur affection. Eh bien! chez ces six individus, l'affection, depuis l'entrée à l'hôpital, n'a duré, chez quatre, que *quatre jours*, chez deux autres, que *trois jours*, y compris le jour où la convalescence a été reconnue, et où ils ont commencé à prendre du bouillon. Or, ne voyons-nous pas dans tous les auteurs, que la durée de la rougeole est ordinairement de dix à douze jours, que ce n'est que le septième ou le huitième après l'apparition de l'éruption que la desquamation se fait; et encore, ajoute-t-on, «la convalescence » ne date pas toujours de l'époque où cette desqua- » mation commence à avoir lieu.» On est donc, par la méthode des émissions sanguines employées dans ces cas, parvenu à abréger la durée de la maladie de quatre à cinq jours, c'est-à-dire, de près de moitié. Que si l'on cherchait à faire croire que la brièveté de la maladie tient à ce que les malades ne sont arrivés à l'hôpital que le troisième ou le quatrième jour de l'éruption, et que, par suite, il n'a pas été difficile de guérir rapidement une affection, qui ayant déjà parcouru près de la moitié de sa durée, aurait guéri aussi facilement sans le secours de l'art, nous ferons observer que tous les malades dont on vient de lire les observations ont positivement déclaré que la première apparition des taches rouges rubéoliques ne datait que du matin même de l'entrée, ou au plus tôt, du soir du jour qui avait précédé cette entrée.

Devons-nous croire que ce soit réellement aux émissions sanguines employées ici que l'on doive ces rapides convalescences? Nous ne voyons pas à quelle autre circonstance on pourrait les rapporter, car c'est là le seul moyen actif qui ait été mis en usage. Or, une fois admis (et je pense que personne ne pourra se refuser à en convenir en présence des faits authentiques, irrécusables, que nous avons cités), une fois, dis-je, ce fait admis, que la durée de la maladie traitée par les émissions sanguines répétées d'une certaine manière a été abrégée du tiers ou même de moitié, que devient l'opinion professée journellement par les dermatologistes : que les saignées employées dans le traitement de la rougeole sont *funestes*, je cite leur expression, à moins qu'elles n'aient pour objet de combattre les diverses complications de cette affection? Les plus grands dangers, il est vrai, que puissent courir les malades viennent sans contredit des complications qui peuvent survenir du côté des organes profonds; mais toute complication étant mise de côté, il n'est pas moins vrai que la saignée mise en usage au début de l'affection qui nous occupe, la rend d'une bénignité bien évidente, en régularise la marche, et prévient la plupart des accidents qui pouvaient se développer dans le cours de cette maladie.

Un mot sur la manière dont a été employé le traitement dans les cas qui nous occupent. Le soulagement n'a pas suivi immédiatement dans tous les cas la première émission sanguine, et il est arrivé, dans trois des faits précédents (obs. 3, 5 et 6), que le lendemain de la première saignée, les malades n'accusèrent pas un soulagement évident; chez le premier de ces trois individus (obs. 3), une seconde saignée fut pratiquée, le malade étant fort et vigoureux, et le cas étant assez grave. Chez la seconde, de tempérament un peu lymphatique, et chez la troisième, où l'affection ne présentait qu'une gravité très-modérée, on s'en tint au traitement expectant, d'autant plus que dans ces deux cas, malgré l'assertion des sujets qui accusaient le même état que la veille, le pouls était tombé de 16 à 18 pulsa-

Digitized by Google

tions depuis la saignée, et l'intensité de l'affection avait bien évidemment diminué. Mais dans un fait comme celui de la troisième observation, où le lendemain de la saignée, aucune amélioration n'était survenue, où le cas était grave, fallait-il abandonner la maladie à sa marche? Nous ne le croyons pas. Dans les fièvres éruptives, comme dans toutes les maladies aigues, la première émission sanguine n'est pas toujours suivie d'un soulagement notable. Bien plus, dans les affections plus graves qui nécessitent l'emploi des émissions sanguines fréquemment répétées, et véritablement *coup sur coup*, dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, etc., ce n'est quelquefois que la troisième ou la quatrième saignée qui sont suivies d'un soulagement franchement appréciable. Or, dans ces cas, s'arrêter après la première ou la seconde saignée, ce serait s'exposer à perdre tout le fruit de la médication employée. Ce serait avoir inutilement agi, puisque la maladie reprendrait bientôt le dessus; en un mot on se trouverait absolument dans la même circonstance que si l'on n'avait rien fait. Dans les fièvres éruptives, où l'on est rarement obligé de procéder aussi rigoureusement, on n'aura pas besoin de recourir à quatre ou cinq saignées pour constater du soulagement, mais si la première ne produit pas de résultats bien notables, il ne faudra pas craindre d'en pratiquer une seconde, une troisième et même une quatrième, si besoin est, circonstance, du reste, heureusement assez rare. S'arrêter après la première émission sanguine, dans les cas graves, serait avoir inutilement agi, et l'hésitation du médecin pourrait avoir les suites les plus funestes pour le malade.

Obs. VII. — Au n° 7 de la salle Saint-Jean-de Dieu, est couché le nommé Kaffy, domestique, 22 ans, marché d'Aguesseau, 21, né département de l'Aveyron, entré le 31 janvier 1838.

Constitution forte, sanguin, habituellement bien portant, à Paris depuis 2 mois.

Ni vacciné, ni variolé; malade depuis 4 jours. Il a commencé par éprouver une céphalalgie violente, courbature et douleurs générales; coliques sans vomissements; depuis quelque temps déjà, le malade éprouvait des frissons; ces symptômes ont continué, et il s'y est joint, le jour de l'entrée, du mal de gorge et de la toux. Le malade ne s'est aperçu qu'hier, jour de son entrée, des rougeurs qui existaient sur les diverses parties de son corps; il déclare avoir habité dans la même chambre qu'un de ses camarades atteint de la petite vérole.

Le 1er février, l'éruption est parfaitement caractérisée au visage, sur le tronc, et sur les membres. Quelques-unes offrent déjà la forme ombiliquée; entre elles on voit une grande quantité de petites taches rouges, ne s'effaçant pas à la pression. Le visage est gonflé, la voûte palatine est criblée de petites pustules plates et blanches. Dents sèches, lisses, langue rouge, un peu saburrale au milieu. Douleur de gorge, augmentant pendant la déglutition et permettant à peine au malade d'ouvrir la bouche. Pouls 96-100 développé, non redoublé.

Crachats en partie muqueux, en partie albumineux; respiration un peu gênée, 34 insp. à la minute. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière; quelques bulles de râle sibilant en avant à gauche, un peu de râle crépitant fin en arrière à droite. Persistance des symptômes généraux dont il se plaignait depuis le début de sa maladie.

Diagnostic. — Variole, cas moyen.

Saignée 3 palettes; 30 sangsues au cou.

Guim., sir. gom., 3 p. Sol. sir. gom., 1 p. Cat. Lav. Diète.

Le 2, les pustules se sont multipliées, surtout vers les aisselles; le voile du palais, la voûte palatine, couverts d'une éruption confluente de pustules blanches plates. Déglutition un peu plus facile. Chaleur de la peau modérée. Pouls à 88-92. Crachats moins abondants.

Saignée 3 palettes, 30 sangsues *eod. loco.*

Id. id. Diète.

Le 3, pustules confluentes, ombiliquées sur le visage; déglutition assez facile. Pouls à 70. Chaleur de la peau assez douce.

Le caillot de la saignée, de meilleure consistance que celui de la veille, sans couenne; sérosité un peu louche.

Mêmes boissons. Gargar., miel rosat. ℥ ij. Diète.

Le 5, pouls à 68-72.

Un bouillon coupé.

Le 6, le malade a passé une bonne nuit, et se sent soulagé; les pustules du palais commencent à s'affaisser; celles de la peau commencent déjà en certains points à se dessécher. Pouls 72. Convalescence confirmée.

Soupe aux herbes, pruneaux.

Le 7, les pustules s'affaissent et commencent, se dessécher. Pouls 60.

Huitième d'aliments. Œuf.

Le 10, la plupart des pustules sont tout à fait sèches.

Demie, pruneaux.

Le 25, le malade, parfaitement guéri, demande sa sortie.

Obs. VIII.—Le 14 janvier 1839, est entrée à l'hôpital, la nommée Catherine Mobourg, 18 ans, rue Saint-Honoré, n° 250, domestique, couchée au n° 10 de la salle Sainte-Madeleine.

Constitution forte, tempérament sanguin, réglée à 16 ans, à Paris depuis deux ans; malade depuis trois jours. Elle a commencé par éprouver de

Digitized by Google

la difficulté en avalant, de la céphalalgie, anorexie, fièvre ardente ; aucun traitement. Elle est venue en voiture à l'hôpital.

Le soir, à la visite, elle présente l'état suivant : Figure rouge, animée ; teinte jaune de l'ovale inférieur. Langue humide, blanche ; la gorge n'est pas douloureuse, elle est seulement un peu rouge. Soif, anorexie. Ventre un peu développé, souple, douloureux dans la région iléo-cœcale, où l'on trouve un gargouillement profond. Peau chaude, sèche. Pouls à 108, petit.

Saignée 4 palettes.

Le 15, pas de soulagement notable ; peau chaude, moite ; pouls à 120, peu redoublé. Visage jaune, abattu ; langue blanche, humide. Ventre souple, indolent, sans gargouillement ; pas de vomissements, ni étourdissements, ni tintement d'oreilles ; une légère épistaxis ce matin ; haleine sans fétidité. Pas d'éruption.

Caillot sans couenne ; la moindre pression suffit pour le rompre.

Sol. sir. gom., 2 p. Sol. sir. gros. 1 p. Lav., cat. Diète.

Le 16, ce matin, le visage, les membres, le tronc, sont couverts de petites saillies rouges, sensibles au toucher, qui ne sont évidemment autres que des pustules naissantes de variole. Céphalalgie, malaise général ; peau chaude, pas trop sèche ; nausées sans vomissements ; quelques gouttes de sang par le nez. Pouls à 88-92. Langue humide, rosée. Une seule selle.

Diagnostic. — Variole précédée de phénomènes généraux qui auraient pu faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde.

Cas moyen.

Saig. 3 pal. Sol., sir. gros. 2 p. Sol. sir gom. 1 p. Lav. émoll. Diète.

Le 17, une vésicule commence à se former sur les élevures ; quelques-unes sont déjà même ombiliquées. Chaleur modérée de la peau.

Pouls 76-80. Pustules rares sur le tronc, assez abondantes sur les membres et le visage. Pas de pustules dans l'intérieur de la bouche. Langue blanche, saburrale.

Caillot volumineux ; adhérent, de consistance médiocre ; quelques plaques couenneuses, minces.

Sol. sir. gom. 2 p. 1 bouillon coupé.

Le 18, l'éruption est achevée, généralement assez discrète ; sur la figure, sur les membres on observe des pustules bien ombiliquées ; on n'en voit ni à la gorge, ni sur la langue. Pouls à 72.

Id. id.

Le 19, pouls bon ; les pustules entrent en suppuration.

Le 20, on aperçoit au fond de la gorge, trois ou quatre petites pustules comme avortées, jaunâtres. Pouls 64.

Le 21, les pustules continuent à se développer. Pouls à 76. La luette et la partie postérieure du pharynx sont parsemés de pustules blanches, plates, demi-confluentes, sans rougeur ni gonflement notable au fond.

Le 22, la suppuration commence dans quelques points.

Le 24, la respiration continue à se faire. Un huitième d'aliments. Vin.

Le 1[er] février, la plus grande partie des croûtes est tombée.

La malade ; parfaitement guérie depuis longtemps, sort le 17 février.

Obs. IX. — Le 5 mai 1840, est entrée à la salle Sainte-Madeleine, n° 6, la nommée Augustine Bernard, cuisinière, rue d'Argenteuil, 45, née à Boitra, Marne.

Constitution assez forte, lymphatique, ni vaccinée ni variolée, à Paris depuis deux ans ; réglée à 17 ans, toujours bien réglée depuis cette époque. Il y a huit jours, céphalalgie, étourdissements, anorexie, brisement des membres, douleurs lombaires, sentiment de faiblesse. Elle ne s'alita qu'avant hier au soir ; les mêmes symptômes ont persisté en s'aggravant jusqu'à l'entrée. Pas d'épistaxis. Aucun traitement actif.

État de la malade à l'entrée.

Visage animé, rouge terne, surtout aux pommettes ; les yeux sont à demi fermés, larmoyants ; abattement. Lèvres sèches, langue saburrale, rouge aux bords, soif vive. Épigastre douloureux à la pression. Ventre développé ; un peu de gargouillement dans les flancs. Peau chaude, sèche. Pouls à 112, redoublé. Prostration, brisement des membres. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière.

Saig. 3 palettes.

Le 6, nuit fort agitée. Ce matin, on voit sur le visage et les membres des taches un peu acuminées, rudiments de pustules varioliques ; gorge douloureuse, tête lourde. Chaleur modérée. Pouls 92-96, non redoublé. La voûte palatine et le voile du palais présentent un aspect grenu. L'amygdale droite un peu gonflée.

Diagnostic. — Variole discrète.

Cas assez léger.

20 sangsues au cou. Org. sir. gom. 2 p. sol. sir. gros. 1 p. cat. diète.

Le 7, les sangsues ont abondamment saigné. Visage moins abattu. Pouls à 80. L'éruption toujours discrète, cependant le nombre des pustules a augmenté. On en observe aujourd'hui quelques-unes sur l'abdomen. Chaleur modérée de la peau. Soif moins vive.

Digitized by Google

Org. chiend. sir. gom. 2 p. Cat. autour du cou. Diète.

Le 8, les pustules se développent régulièrement, bien ombiliquées. Pouls à 72. Chaleur normale. Langue humide, saburrale. Une seule selle.

Ut supra.

Le 9, les pustules entrent en suppuration. Pouls à 72. Langue rosée, humide, encore un peu saburrale. 25 ou 30 pustules sur l'abdomen, moins avancées que celles des membres.

Id. diète.

Le 10, 1 bouillon coupé.

Le 13, quelques pustules du visage commencent à se flétrir et à se dessécher. Pouls 72. Chaleur douce.

1 bouillon, 1 potage, pruneaux.

Le 23, parfaitement guérie depuis longtemps, elle demande sa sortie.

Il nous serait, je pense, à peu près inutile de nous étendre bien longuement sur les trois observations de variole que nous venons de rapporter ici. La plupart des réflexions, en effet, que nous avons présentées au sujet de la rougeole, peuvent s'appliquer aux cas de variole qui sont passés sous nos yeux. Nous ferons remarquer seulement que dans ces trois cas, où la variole s'est déclarée chez des sujets qui n'avaient été ni vaccinés ni variolés, l'affection aurait pu prendre et aurait, sans doute, pris une marche beaucoup plus grave que celle qu'elle a suivie, et cela surtout chez le malade qui fait le sujet de la septième observation, si des émissions sanguines répétées à de courts intervalles n'eussent prévenu, en quelque sorte, le développement complet de la maladie, et les accidents graves qu'elle eût pu entraîner à sa suite.

Forcés, dans un travail du genre de celui-ci, de nous restreindre dans des bornes un peu étroites, nous avons dû parmi les nombreuses observations que nous avons entre les mains, n'en choisir que trois, d'intensité différente, afin de montrer, comme il est du reste facile de le concevoir *a priori*, que le traitement par les émissions sanguines répétées dans les fièvres éruptives, comme dans toutes les autres maladies, doit varier suivant diverses circonstances, telles que la force des sujets et l'intensité de l'affection. Il est également inutile de répéter ce que nous avons déjà dit au commencement de cet article, que dans les fièvres éruptives, lorsque l'on applique à leur traitement la formule des saignées en usage à la Charité, on est rarement obligé d'y recourir d'une manière aussi longtemps soutenue que dans beaucoup d'autres maladies aiguës, par la seule raison que l'affection étant moins grave ne réclame pas des remèdes aussi énergiques pour la combattre.

Ainsi, dans le premier de ces cas, qui était moyen, on prescrivit deux saignées générales et deux locales, sous l'influence desquelles, en trois jours, le pouls de 96-100, tomba à 68-72 (1). L'éruption se fit bien complétement, mais d'une manière bien moins intense, bien plus régulière qu'elle ne se fût faite, si l'on eût laissé marcher la maladie abandonnée à elle-même. Le second fait présentait à peu de chose près la même intensité que le premier, moins toutefois le mal de gorge et le gonflement des amygdales. Aussi les deux saignées générales furent-elles pratiquées, mais on put se dispenser des émissions sanguines locales. Le troisième et dernier malade présentait une affection légère, contre laquelle une seule saignée fut mise en usage. Sous l'influence de cette méthode de traitement, dans les trois cas la marche de la maladie fut rendue bénigne; aucune complication ne se montra ou du moins ne fut dangereuse, en même temps que l'intensité, la durée de la maladie fut sensiblement abrégée.

Nous ne croyons pas hors de propos, avant de terminer cet article, de citer ici un fait, assez rare, je pense, dans la science, en ce sens, que, sur le même sujet, on eut l'occasion d'observer le développement simultané des trois sortes d'éruptions qui caractérisent la rougeole, la variole et la scarlatine, d'autant plus que ce cas, fort intense, fut enrayé d'une manière bien évidente, par les émissions sanguines répétées avec une grande persévérance.

Obs. X. — Au n° 8 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Antoine Ferbach, 21 ans, bijoutier, rue Saint-Spire, 7, né à Dusseldorf, Prusse, entré le 23 juin 1838.

Constitution forte, sanguin, à Paris depuis trois ans, vacciné; on constate au deux bras des cicatrices de vaccine, bien distinctes, l'une d'elles est à son centre le siége d'une pustule variolique. Il y a cinq jours, il fut pris de faiblesse, sentiment de courbature, céphalalgie, fièvre. Il a continué à travailler les deux premiers jours. Le troisième jour, il s'aperçut d'une rougeur disséminée sur la peau du ventre et du thorax. Pas de toux, ni de point de côté.

Etat du malade, le 23 juin, au soir.

Figure rouge, couverte de saillies nombreuses, rouges, paraissant appartenir à la variole commençante. La peau de la partie antérieure du thorax

(1) Je sais que l'on pourra m'objecter que dans la variole, à une certaine époque, le pouls tombe, et la fièvre disparaît presque entièrement; mais il n'en est pas ainsi dans les cas graves où il n'y a jamais d'apyrexie lorsqu'on abandonne la maladie à elle-même.

Digitized by Google

ainsi que celle des aisselles, est couverte de taches rouges séparées par des intervalles blancs, ayant le caractère de la rougeole. A partir du niveau du sein, jusqu'à la moitié supérieure des cuisses, on trouve une teinte uniforme, d'un rouge écarlate, propre à la scarlatine. Les membres sont couverts d'un grand nombre de plaques rouges surmontées de petites saillies pustuleuses. La gorge présente une rougeur disposée par plaques, avec gonflement des parties, et surtout de l'amygdale gauche. Langue saburrale.

Pouls à 120, développé, résistant, résonnance et respiration bonnes partout.

Saig. 3 pal. 30 sangsues au cou.

Le 23 juin, soulagement général, déglutition plus facile; la gorge est cependant toujours sèche, l'éruption du visage est bien variolique. La région des aisselles est le siége d'une rougeur rubéolique. On la retrouve sur les membres, en même temps que des pustules de variole. Quelques traces de rougeur scarlatineuse à la partie interne des cuisses. Les pustules varioliques ne reparaissent que vers le tiers inférieur de la cuisse et à la jambe. Développement des pustules sur la partie inférieure du voile du palais et de la voûte palatine. Gonflement et rougeur des amygdales, surtout de la gauche. Pouls à 100, plein, souple. Résonnance et respiration, bonnes partout.

Caillot adhérent, tremblotant, pas de couenne. Une croûte rouge de une ligne et demie d'épaisseur.

Diagnostic. — Eruption simultanée de petite vérole, de rougeole et de scarlatine, avec prédominance de la variole et accompagnement d'angine tonsillaire interne.

Cas grave.

Saig. 4 pal., 30 sangsues au cou. Cat. sol. sir. gom., sol sir. gros. lav. Diète.

Le 25, soulagement notable. L'éruption variolique marche bien, débarrassée en grande partie de l'éruption rubéolique et scarlatineuse, les pustules sont ombiliquées, confluentes sur le visage. Déglutition libre, amygdales toujours gonflées. Pouls 84, souple.

Caillot comme la veille, recouvert d'une petite couenne mince.

Saig. 3 pal., 30 sangsues au cou.

S. sir. gom. 3 p. cat. Diète.

Le 26, même état que la veille. Les pustules de variole n'existent pas aux endroits qui étaient le siége de l'éruption rubéolique et scarlatineuse; ailleurs elles sont confluentes, celles du visage entrent en suppuration. Pouls 88, rougeur de l'arrière gorge beaucoup moins considérable.

Le 28, visage toujours un peu gonflé, pouls 100-104. Les pustules sont en pleine suppuration.

Le 1er juillet, très-bien. La dessiccation des pustules se fait très-bien. Pouls 80.

2 bouillons. 2 potages. Pruneaux.

Le 17, il demande sa sortie.

Certes, s'il est un fait qui puisse venir à l'appui de l'opinion que nous avons émise sur l'efficacité des émissions sanguines répétées dans le traitement des fièvres éruptives, c'est bien celui que nous venons de raconter. Nous voyons en effet chez un sujet fort sanguin, âgé de 21 ans, se développer une triple éruption avec forte réaction fébrile et prédominance de l'éruption fébrile variolique. Trois saignées, formant en tout 10 palettes de sang (2 livres 1/2) et 80 sangsues au cou (environ 7 à 8 palettes), en tout 4 livres, 8 à 12 onces, ont été employées dans l'espace de trois jours, et le cinquième jour après l'entrée, le malade prenait déjà du bouillon; la convalescence commençait. Croit-on que, sans un traitement aussi énergique, on fût venu à bout d'une maladie, ou plutôt d'une réunion de maladies de cette intensité, dans un espace de temps aussi court? Nous ne pouvons véritablement l'admettre jusqu'à ce que des faits nombreux et authentiques soient venus prouver que les autres méthodes donnent des résultats soit égaux, soit supérieurs à ceux que nous venons de faire connaître.

Encore un mot avant de terminer. On a dit et répété souvent que les saignées pouvaient faire rentrer l'éruption dans ces fièvres et causer des accidents souvent mortels. Je ne sais si c'est sérieusement que cette objection a été faite; mais ceux-là qui le répéteraient sérieusement, nous ne pourrions que les renvoyer à cet aphorisme si ancien et toujours si vrai, du père de la médecine : *Duobus laboribus, non in eodem loco, simul obortis, vehementior obscurat alterum*, et quand ils l'auraient lu, serait-il besoin de leur démontrer que dans tous les cas où ces accidents auront été observés, ce ne sont pas les saignées, mais une phlegmasie intérieure plus violente que l'affection primitive, qui a arrêté le développement normal de l'éruption, et causé ces accidents?

Ce ne sont pas les saignées, dis-je, car ces accidents ont été souvent, plus souvent observés chez des sujets qui n'avaient pas subi la moindre émission sanguine, que chez ceux qui avaient été traités ainsi, résultat dont on se rend facilement compte, et qui ne surprend plus lorsque l'on sait que les émissions sanguines ont pour effet principal de dissiper ou d'affaiblir au moins notablement l'intensité des complications qui entravent quelquefois la marche des maladies qui nous occupent. Y a-t-il un seul des malades dont nous venons de parler chez lequel on ait vu rentrer ainsi l'éruption sous l'influence des émissions sanguines, dont on a fait cependant largement usage dans quelques cas et no-

Digitized by Google

tamment dans le dernier? A la suite de ce traitement l'éruption a toujours peu à peu pâli, diminué; en même temps la réaction fébrile est devenue moins forte, et la résolution s'est faite de la manière la plus régulière et la plus favorable.

En résumé, les accidents qui ont été observés chez quelques malades affectés de fièvres éruptives et que l'on a cru avoir été provoqués par une métastase résultant de la rentrée de l'éruption, ne sont pas *la suite*, mais *la cause* de cette rentrée de l'éruption, et dans aucun des cas que l'on a pu traiter par les émissions sanguines, ces accidents n'ont été observés.

Il est facile de concevoir que les conclusions par lesquelles nous allons terminer cet article n'ont pas été déduites des neuf ou dix observations seulement que nous venons de publier. Nous savons aussi bien que personne que ce n'est pas avec quelques faits que l'on peut établir des statistiques et poser des principes certains; c'est donc d'après des faits nombreux observés depuis plusieurs années et recueillis avec soin, faits dont nous n'avons voulu, si je puis m'exprimer ainsi, que présenter en quelque sorte un échantillon, un spécimen, que nous croyons pouvoir poser les conclusions suivantes:

1° Les saignées soit générales, soit locales, pratiquées dans les fièvres éruptives, soit au début, soit même à une période plus avancée (à moins que dans la variole la maladie ne soit dans la période de suppuration), loin d'être nuisibles, comme on le croyait autrefois, et comme beaucoup de personnes le croient encore aujourd'hui, jouissent au contraire d'une efficacité incontestable.

2° Ces émissions sanguines si elles ne font pas avorter la maladie, présentent du moins un grand avantage sur la médication expectante conseillée par les auteurs, en ce sens, qu'elles rendent la maladie moins intense, en régularisent la marche et en abrègent la durée de près de moitié.

3° L'emploi des saignées dans le traitement des complications n'est pas suivi d'amélioration moins évidente; dans la plupart des cas même, ce traitement, quand il est mis en usage au début de l'affection, prévient le développement des accidents qui l'accompagnent fréquemment.

4° La rentrée de l'éruption, qui, lorsqu'elle a lieu, est le plus ordinairement accompagnée d'accidents graves du côté des viscères thoraciques ou abdominaux, loin d'être provoquée par les émissions sanguines, est toujours le résultat du développement de phlegmasies intérieures dont la violence trouble la marche régulière de la fièvre éruptive.

5° Dans les fièvres éruptives, lorsque les cas sont graves, les émissions sanguines, proportionnées, du reste, à la gravité du cas et aux conditions dans lesquelles se trouve le sujet, ces émissions sanguines doivent être mises en usage dans un court espace de temps, et suivant la formule établie par le professeur de la Charité.

L'Expérience. — Juin 1840.

Expériences cliniques sur le sulfate de zinc étudié comme agent vomitif; par A. Toulmouche, docteur-médecin, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc., et professeur à l'école secondaire de médecine de Rennes.

(Suite.—Voir le dernier cahier.)

N'ayant trouvé qu'incertitude dans la plupart des ouvrages ayant rapport à la matière médicale ou à la thérapeutique, relativement aux doses auxquelles le sulfate de zinc peut être administré, pour produire avec plus de sûreté et de constance l'effet vomitif, j'ai entrepris une suite d'expériences cliniques propres à fixer invariablement la science à cet égard.

C'est à rendre compte de leur résultat qu'est destiné ce travail. Un dernier fera connaître ceux qui concernent le sulfate de cuivre, étudié sous le même rapport, et terminera la suite des mémoires que j'aurai publiés sur les vomitifs minéraux.

Ce sera un exemple à suivre pour une foule d'autres substances médicinales, sur les propriétés thérapeutiques desquelles on a débité tant de mensonges ou d'erreurs, que l'autorité des maîtres étayait, et que les écrivains postérieurs perpétuaient, en y ajoutant la sanction de leurs noms.

J'aurai été récompensé de mes peines, si je suis parvenu à modifier les idées des praticiens à cet égard; car, en médecine, signaler un écueil est souvent plus utile que de découvrir une substance nouvelle, ou de formuler une théorie.

Je passerai d'abord en revue, dans une rapide analyse, tout ce qui a été écrit sur la propriété vomitive du sulfate de zinc, afin d'en faire ressortir l'obscurité et les contradictions, et, ensuite, je ferai connaître les résultats des expériences cliniques auxquelles j'ai soumis ce sel.

1° Geoffroy, dans son *Traité de matière médicale*, ne parle à l'article *zinc* que de son état métallique et de son oxide. Il ne connaissait probablement pas son sulfate.

2° Desbois, de Rochefort, dit en décrivant le vitriol de zinc, que les anciens le connaissaient et *l'employaient comme émétique, qu'il l'est puissamment, mais infidèle* (ce qui semble impliquer

Digitized by Google

contradiction), et qu'on le donnait à la dose de 15, 20, et 30 centigrammes, comme vomitif. Il lui attribuait une propriété anti-spasmodique, et surtout anti-épileptique.

3° Cullen, dans son *Traité élémentaire de matière médicale*, dit que le sulfate de zinc, donné à haute dose, n'est pas rejeté aussitôt, mais qu'il entretient des nausées et des vomissements fatigants; je n'ai rien observé de semblable.

4° Dans le premier *Dictionnaire de médecine*, il est écrit, à l'article *zinc*, qu'on se servait du sulfate comme vomitif, avant que l'émétique fût connu. Mais l'auteur, M. Mérat, n'indique pas à quelle dose.

5° M. Barbier, dans son *Traité élémentaire de matière médicale*, dit, en parlant du sulfate de zinc, que, donné à l'intérieur à la dose de 15 à 20 centigrammes, il fait vomir et n'est employé que dans le cas de narcotisme, lorsqu'on veut un vomissement très-prompt.

6° Dans la seconde édition de Desbois, de Rochefort, publiée par M. Winslow en 1817, ce dernier auteur n'a rien ajouté à ce qui existait dans la première.

7° Dans le *Traité de matière médicale* de Schwilgué, publié en 1818, par Nysten, il est dit, à l'article *zinc*, qu'on l'emploie comme tonique à l'intérieur, à 5 à 10 centigr., et qu'à une plus forte dose, il détermine facilement le vomissement, mais on n'indique pas à laquelle.

8° Alibert, dans ses *Éléments de thérapeutique*, traite bien de la composition chimique du sulfate de zinc, de ses propriétés physiques, mais il n'en parle nullement comme vomitif.

9° Dans le second *Dictionnaire de médecine*, en 21 vol., publié en 1828, M. Orfila, après avoir donné, à l'article *zinc*, la composition chimique du sulfate, indiqué ses propriétés physiques et l'action des réactifs sur ces dissolutions, dit qu'on s'en sert comme émétique, à la dose de 60 à 75 centig. dissous dans l'eau distillée.

Dans le même ouvrage, à l'article *croup*, M. Guersant écrit qu'il préfère le sulfate de zinc à l'émétique, à cause de son action plus prompte, et le donne de 25 à 75 centigr.

10° Henry, dans sa *Pharmacopée raisonnée*, ne traite de ce sel que sous le rapport chimique.

11° M. Orfila, dans son *Traité des poisons*, à l'article *empoisonnement par l'opium*, prescrit, pour favoriser l'expulsion de ce dernier de l'estomac, le sulfate de zinc comme vomitif, à la dose de 75 à 105 centig. Ses expériences ont prouvé que ce sel est un des poisons les moins irritants et les moins propres à enflammer l'estomac, parce qu'il est constamment rejeté.

Le même auteur, dans ses *Éléments de chimie*, 4e édition, dit encore que ce produit minéral est employé par quelques praticiens comme émétique, à la dose de 60 à 75 centigr. dissous dans l'eau distillée.

12° Dans le *Dictionnaire de matière médicale*, publié en 1834, par MM. Mérat et Delens, ces auteurs, après avoir parlé de la découverte du sulfate de zinc au seizième siècle, de son emploi à la dose de 50 à 100 centig. comme émétique, de son abandon de nos jours, excepté dans l'Angleterre, où les docteurs G. R. Mital et Row l'ont prescrit à celle de 2 à 4 grammes et même 6 grammes dans des cas d'empoisonnement par l'opium, n'ont rien ajouté à ce qui était connu et paraissent n'avoir pas expérimenté eux-mêmes.

13° Enfin, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publié en 1836, M. Ratier, en parlant du sulfate de zinc, se borne à dire qu'il a été employé comme vomitif et le préfère même à l'émétique, dont l'action est moins prompte, ce qui reste à prouver. Ensuite, il ne traite plus que de son action astringente dans les collyres.

Je n'ai rien voulu connaître des expériences faites avec le sulfate de zinc et de ce qui avait été écrit à ce sujet dans la crainte d'être influencé; j'ai donc procédé à mes essais cliniques comme je l'eusse fait pour une substance nouvelle, et je n'ai constaté l'état de la science par rapport à la propriété vomitive de ce sel minéral qu'après les avoir terminées.

Je faisais délayer les doses dans 31 gramm. d'eau distillée et avaler en une fois, le matin à jeun. Je ne permettais nullement de donner de l'eau chaude pour aider les vomissements, afin de n'être pas induit en erreur et de ne pouvoir attribuer ces derniers à l'ingestion et à la température de ce liquide.

Le sexe sur lequel j'ai expérimenté le plus souvent a été le féminin, à cause de son chiffre toujours triple de celui masculin dans les infirmeries, et les maladies les plus nombreuses sur lesquelles j'ai fait mes essais, des embarras gastriques et la grippe. L'âge a été de vingt et un ans à soixante et un.

Donné en une seule fois à la dose de 10 centigr. à six femmes, le sulfate de zinc n'a fait vomir que deux fois, et encore fort peu, et n'a provoqué qu'une seule fois trois selles. Administré à un homme il n'a eu aucun effet.

Le même sel prescrit à la dose de 20 centigr., à huit femmes, a provoqué trois fois des vomissements, lesquels une seule fois ont été abondants, et dans cinq cas des selles liquides. Chez un homme, il a agi à la même dose, comme éméto-cathartique.

A 30 centigr., il a déterminé chez huit femmes, sept fois des vomissements et quatre fois des évacuations alvines, et chez un homme aucun effet.

Administré à la dose de 40 centigr., à six femmes, il a suscité cinq fois l'effet vomitif et deux fois celui

Digitized by Google

purgatif. Chez un individu du sexe masculin, il a donné lieu à six vomissements et à trois selles ; ou, ce qui revient au même, il a déterminé dans les 4/5 des cas le premier effet, et dans 1/5 seulement le second.

Donné à 50 centigr., à vingt-cinq femmes atteintes, soit d'embarras gastrique, soit de la grippe, il a produit la médication vomitive dix-sept fois, ou dans presque les trois quarts des cas, la moyenne des vomissements ayant été de trois à quatre, et celle purgative dans à peu près la moitié, la moyenne des évacuations alvines ayant été de trois à quatre.

Administré à la même dose, à onze hommes affectés par moitié des deux mêmes maladies, il a produit huit fois de quatre à huit vomissements dans les deux tiers des cas, et sept fois dans l'autre de deux à cinq selles; en sorte qu'en considérant les résultats dans les deux sexes dont le chiffre fut de trente-six, le sulfate de zinc aurait provoqué vingt-cinq fois, ou dans les deux tiers des cas, l'effet vomitif, et dix-neuf fois, ou dans un peu plus de la moitié, celui purgatif.

Prescrit à 60 centigr., le même sel a déterminé chez une femme deux vomissements et deux évacuations alvines, et chez deux hommes, six des premiers et presque aucune selle ; en sorte que sur trois fois, il a fait vomir dans tous les cas abondamment; enfin à la dose de 75 centig., il n'a déterminé chez quatre femmes qu'une seule fois des vomissements, et encore très-faibles, et n'a purgé que dans un seul cas. Donné à trois hommes, il n'a fait vomir que l'un d'eux, mais très-copieusement (dix fois), tandis qu'il a provoqué des selles chez tous les trois, au nombre de quatre ou dix sans coliques ; de manière que sur la totalité du chiffre six pour les deux sexes, il n'a fait vomir que dans le tiers des cas, et au contraire purgé dans les deux tiers.

De ce qui précède, il résulterait que le sulfate de zinc, pour produire l'effet vomitif le plus constant, devrait être donné à 50 ou 60 centigr., puisqu'à la première dose il y donne lieu dans les trois quarts des cas, et à la seconde dans la totalité. Je ne pense pas qu'au-dessus il aurait un effet plus sûr, puisqu'à 75 centig. il ne fit vomir que dans le tiers des cas. Il semble avoir cela de commun avec le kermès minéral et le soufre doré d'antimoine dont l'action vomitive diminue d'autant plus qu'on en élève davantage les doses. La prudence m'a empêché d'expérimenter au delà de 75 grains, tandis que j'étais allé bien plus loin avec les deux sels antimoniaux précédents.

Si quelques médecins anglais ont pu le porter à 100 centig., à 2 gram. et même 4 gram., c'est qu'ils ont agi dans des cas d'empoisonnement par l'opium, dans lesquels la sensibilité de la membrane muqueuse de l'estomac était fortement diminuée ou suspendue et la réaction peu à craindre.

FEMMES.

Age.	Nature de la maladie.	Doses.	Vomiss.	Selles.
		Centigr.		
45	Embarras gastrique.	10	0	0
36	Idem.	10	0	0
39	Nulle maladie.	10	1	0
33	Embarras gastrique.	10	0	0
35	Bronchite.	10	3	0
39	Nulle maladie	10	0	3
33	Embarras gastrique	20	0	0
38	Idem.	20	2	2
36	Bronchorrée.	20	6	3
39	Embarras gastrique	20	0	0
37	Bronchite.	20	4	2
49	Nulle maladie	20	0	
38	Bronchorrée.	20	0	3
21	Embarras gastrique.	20	0	3
28	Embarras gastrique.	25	0	0
21	Idem	25	0	0
58	Idem	25	1	0
45	Embarras gastrique.	30	2	0
38	Idem	30	3	3
52	Bronchite.	30	0	0
39	Fièvre tierce.	30	3	5
43	Embarras gastrique.	30	1	0
29	Fièvre tierce.	30	4	3
57	Diarrhée.	30	1	0
49	Embarras gastrique.	30	6	0
35	Fièvre tierce.	40	1	2
47	Embarras gastrique.	40	4	0
30	Fièvre tierce.	40	3	0
19	Nulle maladie.	40	1	0
58	Embarras gastrique.	40	0	0
30	Idem.	40	3	8
37	Pleurodynie.	50	4	4
32	Embarras gastrique.	50	1	0
28	Idem.	50	0	0
23	Idem.	50	3	3
38	Idem.	50	3	2
50	Idem.	50	3	0
29	Grippe	50	0	5
36	Idem.	50	4	0
53	Idem.	50	4	1
41	Idem.	50	6	0
30	Idem.	50	0	3
26	Embarras gastrique.	50	0	0
42	Idem.	50	4	0
30	Idem.	50	0	0
34	Idem.	50	3	0
42	Idem.	50	0	0
40	Idem.	50	0	4
28	Idem.	50	3	0

Digitized by Google

FEMMES.

Âge.	Nature de la maladie.	Doses.	Vomiss.	Selles.
		Centigr.		
48	Embarras gastrique.	50	0	0
26	Idem.	50	3	0
29	Idem.	50	2	3
21	Idem.	50	0	0
25	Idem.	50	4	2
46	Idem.	50	3	3
55	Fièvre tierce.	50	3	4
38	Embarras gastrique.	60	2	2
20	Grippe	75	0	4
30	Embarras gastrique.	75	0	0
37	Idem.	75	0	0
26	Idem.	75	2	0
44	Nulle maladie.	100	0	0

HOMMES.

Âge.	Nature de la maladie.	Doses.	Vomiss.	Selles.
39	Embarras gastrique.	10	0	10
22	Idem.	20	2	3
36	Idem.	30	1	1
40	Idem.	30	0	0
48	Idem.	40	6	3
23	Idem.	50	8	6
45	Idem.	50	4	5
26	Idem.	50	0	0
63	Idem.	50	3	0
23	Idem.	50	0	0
48	Idem.	50	8	1
40	Idem.	50	6	2
22	Idem.	50	0	8
25	Idem.	50	4	1
34	Idem.	50	3	0
36	Idem.	50	4	5
40	Idem.	60	6	1
40	Grippe	60	6	0
26	Idem.	75	0	2
29	Idem.	75	10	4
23	Idem.	75	0	10

Parmi les 83 expériences cliniques du tableau ci-dessus, je choisirai deux ou trois exemples pour faire connaître l'action de chaque dose du sel dont je cherchais à apprécier l'action vomique.

PREMIÈRE SECTION. — *Exp.* I. — Couranton, âgée de 50 ans, ayant un embarras gastrique, prit, dans 62 grammes d'eau distillée et en une dose, 10 centig. de sulfate de zinc; elle n'en éprouva ni vomissements, ni selles, ni coliques.

Exp. II. — Andri, âgée de 36 ans, atteinte d'embarras gastrique, avala la même quantité du sel et n'en ressentit rien.

La même chose advint à la nommée Grosvalet, âgée de 47 ans.

DEUXIÈME SECTION. — *Exp.* III. — Soret, jeune fille de 28 ans, ayant une bronchorrée, but une dissolution de 20 centig.; elle eut deux vomissements et deux selles.

Exp. IV. — Urel, âgée de 49 ans, qui était entrée à l'infirmerie pour un embarras gastrique, prit la même dose du sel et n'en éprouva aucun effet.

Exp. V. — Marec, âgée de 37 ans, atteinte de bronchite, se laissa administrer 20 centig. de sulfate de zinc; elle eut quatre vomissements et deux selles.

TROISIÈME SECTION. — *Exp.* VI. — Goulias, âgée de 45 ans, ayant un embarras gastrique, avala à jeun, dans 62 grammes d'eau distillée, 30 centig. du sel minéral. Une demi-heure après, elle eut un vomissement, suivi d'un second, d'un liquide jaune, amer, et de huit selles qui ne furent accompagnées d'aucune colique.

Exp. VII. — Tiennir, âgée de 40 ans, atteinte de la même maladie que la précédente, prit à jeun 30 centigr.; elle n'en éprouva qu'un seul vomissement et pas de selles.

Exp. VIII. — Tremence, âgée de 48 ans, qui n'avait qu'un embarras gastrique, but une dissolution de 30 centig. de sulfate de zinc dans 31 grammes de rechinits; elle eut deux vomissements et huit selles liquides.

QUATRIÈME SECTION. — *Exp.* IX. — Hervé, homme de 48 ans, ayant la même affection morbide que la précédente, avala, en une fois, 40 centig. du même sel. Une heure après il eut six vomissements bilieux abondants et trois selles liquides sans coliques.

Le lendemain il était parfaitement bien.

Exp. X. — Rifaut, femme de 39 ans, qui était atteinte d'un embarras gastrique léger, prit le matin 40 centig. de sulfate de zinc. Une heure après, elle eut trois vomissements d'un liquide verdâtre très-amer qui furent suivis dans la journée et la nuit, de huit évacuations alvines.

Le lendemain, cette malade avait de l'appétit, sa langue était plus belle, et l'épigastre nullement sensible à la pression.

CINQUIÈME SECTION. — *Exp.* XI. — Lemoine, âgé de 40 ans, ayant un embarras gastrique, s'administra en une dose 50 centigr. du même sel. Trois heures après, il eut six vomissements; les premiers

Digitized by Google

verts évidemment bilieux; les autres aqueux et deux selles.

Exp. XII. — Hellouet, femme de 56 ans, ayant une fièvre tierce, prit en une fois 50 centigr. de sulfate de zinc. Une demi-heure après, elle eut trois forts vomissements d'un liquide amer, jaune, bilieux, suivi de trois à quatre selles diarrhéiques sans coliques.

Exp. XIII. — Canelier, fille âgée de 38 ans, atteinte d'hématémèse et d'embarras gastrique, avala en une dose 50 centigr. du même sel. Elle eut une demi-heure après un vomissement jaune bilieux, et ensuite deux autres mêlés de sang; elle eut, en outre, deux selles liquides sans coliques.

Sixième section. — *Exp.* XIV. — La femme Pisquir qui avait pris les deux jours précédents une fois 25 centigr. de sulfate de zinc, l'autre 40, avala 60 centig. à la fois du même sel. Deux heures après, elle eut deux vomissements d'un liquide jaune, amer, suivis de deux fortes selles.

Le lendemain, la langue était un peu chargée, mais l'épigastre et le ventre étaient souples et nullement douloureux.

Exp. XV. — Tuiner, détenue, âgée de 40 ans, ayant un embarras gastrique, et à laquelle on avait administré la veille 30 centigr. de sulfate de zinc, sans qu'elle en éprouvât rien, en avala 60 centigr. à la fois. Une heure après, elle eut six vomissements verdâtres, amers, et nulles selles, ni coliques.

Le jour suivant, la langue était dans l'état naturel et la malade très-bien.

Exp. XVI. — Jaucourt, homme âgé de 40 ans, atteint de la grippe, but à jeun, en une dose, 60 centigr. du même sel. Une heure après, il eut six vomissements jaunes, verdâtres, qui ne furent suivis d'aucune évacuation alvine.

Septième section. — *Exp.* XVII. — Thomas, fille de 29 ans, qui avait la grippe s'administra, dissous dans 31 grammes d'eau, 75 centig. de sulfate de zinc. Elle ne vomit nullement; elle eut seulement quatre selles liquides accompagnées de coliques.

Le lendemain, je fis donner comparativement 120 centig. d'ipécacuanha avec 5 centig. de tartre stibié; elle eut quatre vomissements et une selle.

Exp. XVIII. — Audreuil, homme de 23 ans, atteint de la grippe, auquel on avait administré la veille, sans aucun effet, 50 centig. du sel minéral, en avala 75 en une seule dose; ils ne firent pas vomir davantage, mais provoquèrent dix selles liquides sans coliques.

Le lendemain, ce prisonnier était beaucoup mieux.

Huitième section. — *Exp.* XIX. — Percevaux, femme de 44 ans, qui était affectée d'une bronchite, consentit à boire, en une dose, délayés dans 31 gram. d'eau, 100 centig. de sulfate de zinc; elle n'en éprouva d'autre effet que des sueurs.

Conclusions.

Des expériences ci-dessus, je me crois fondé à conclure :

1° Que le sulfate de zinc, à la dose de 10 centig. ne produit presque jamais l'effet vomitif;

2° Qu'à celle de 20, il provoque, dans un peu plus de la moitié des cas, des vomissements au nombre d'un ou deux, et dans les deux tiers, des selles liquides;

3° Qu'à celle de 30, il fait presque constamment vomir et ne purge que dans la moitié des cas;

4° Qu'à celle de 40, il détermine dans les quatre cinquièmes des cas la médication vomitive, et dans le cinquième seulement, celle purgative;

5° Qu'à la dose de 50 centig., le même sel provoque, dans les deux tiers des cas, l'effet vomitif, et dans un peu plus de la moitié seulement, celui purgatif, la moyenne des évacuations étant dans l'un et l'autre de trois à quatre;

6° Qu'à celle de 60 centigr., il détermine toujours des vomissements;

7° Qu'à celle de 75, il ne les provoque que dans le tiers des cas, tandis qu'il provoque des évacuations alvines dans les deux tiers.

8° Enfin, que dans un peu plus du tiers des cas, cet agent thérapeutique a produit des colliques en général peu fortes.

Gazette Médicale. - Juin 1840.

Sur l'emploi du sulfate de quinine dans les ascites consécutives aux fièvres intermittentes; par le docteur Michel Lévy, médecin ordinaire, professeur à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce.

Si la sollicitude du médecin n'est que médiocrement excitée par le pronostic des fièvres intermittentes simples, elles ne laissent pas que de réagir à la longue sur l'organisme tout entier, et de devenir le principe d'altérations multiples, trop souvent réfractaires aux efforts de la thérapeutique. L'influence qu'elles exercent par leur persistance ou par leurs récidives se manifeste d'une manière générale et locale; tous ceux qui ont observé sur une grande échelle les fièvres périodiques connaissent les effets que produit sur l'économie leur action prolongée ou fréquemment répétée; la peau et les orifices muqueux se décolorent, les fonctions digestives sont ralenties ou perverties, la nutrition ne s'opère que d'une manière incomplète, les mouvements deviennent plus lents, une sorte d'inertie s'empare

du malade et se manifeste jusque dans les fonctions intellectuelles; les viscères abdominaux, siége de congestions répétées, augmentent de volume; les extrémités s'infiltrent; des épanchements ont lieu dans le sac péritonéal, soit dans les principales cavités splanchniques à la fois; une fois arrivé à cette période, le malade n'a plus à compter sur l'efficacité de l'art, et c'est ainsi qu'à de simples accès de fièvre intermittente pure, mais ramenés par de nombreuses récidives, ont succédé des états morbides qui alimentent à leur tour le foyer de la fièvre : « *Quo plures relapsus, eo major attentio habenda, nè aut infarctus viscerum abdominalium nascantur, aut nati jam, latentesque, fomitem febrilem alant.* » (Stoll, Aphor., 461.)

Parmi les états morbides qui constituent les accompagnements de la fièvre intermittente, le plus fréquent, sans contredit, c'est l'engorgement splénique. Signalé par tous les pyrétologistes, il a fourni aux uns un sujet de prévention contre l'usage du quinquina, à d'autres la base d'une théorie de la fièvre; mais l'idée de le combattre par le même agent médicamenteux, qui rompt la série des accès, appartient à la médecine contemporaine et pour nous elle constitue une des meilleures tentatives de la thérapeutique. Nous n'avons souci des inductions pathogéniques qu'on a tirées de l'utilité du sulfate de quinine contre les engorgements de la rate; il nous paraît même difficile d'établir si l'augmentation de volume que présente ce viscère, résulte d'une nutrition exagérée, et se trouve justement caractérisée par le terme d'*hypersplenotrophie;* la connaissance plus approfondie de la structure de la rate et la facilité qu'on éprouve, dans la plupart des cas, à la réduire, par l'expression du sang qui l'engoue, à son volume ordinaire, ramèneraient plutôt à l'opinion des anciens, et rendent une certaine justesse au mot obstruction, *infarctus*. Quelles que soient les véritables conditions de la tumeur splénique, deux faits sont aujourd'hui hors de contestation : 1° Sa fréquence, mieux vérifiée et plus exactement appréciée depuis l'utile extension donnée, par le professeur Piorry, à la percussion; 2° l'efficacité du sulfate de quinine pour réduire les dimensions de la rate presque toujours, et souvent pour la ramener à son volume normal. Cette action spéciale du sulfate de quinine est singulièrement secondée par les applications réitérées de ventouses scarifiées sur la masse splénique. Grâce à l'emploi combiné de ces moyens, nous avons souvent vu se dissiper des tumeurs spléniques qui dataient de fort loin et qui avaient acquis des proportions considérables. Négligées ou rebelles à l'action des moyens précités, elles finissent par déterminer des épanchements péritonéaux, en agissant comme tout autre obstacle à la circulation veineuse abdominale. Aussi les hydropisies sont-elles, après les altérations de la rate, la conséquence la plus ordinaire des fièvres intermittentes opiniâtres ou fréquemment récidivées. A Paris, l'ascite s'observe rarement à la suite des fièvres périodiques, parce que celles-ci sont presque toujours combattues à temps, et qu'elles ne sont remarquables ni par leur ténacité, ni par leur intensité phénoménale. Il n'en est pas de même dans les localités désolées par les endémies de fièvres intermittentes, et où les secours de l'art n'ont pas encore reçu une organisation publique; dans plusieurs parties de la Corse aucun traitement n'est appliqué aux fièvres d'accès; les habitants qui en sont atteints les laissent s'épuiser et subissent tous les effets d'une expectation insouciante : aussi les engorgements spléniques, les hydropisies ascites, les anasarques n'ont pas fait défaut à notre observation dans le pays de Corté, en Balagne, etc. La multiplicité de ces altérations consécutives parmi la population de diverses régions de l'île a été constatée par la plupart des médecins militaires qui y sont envoyés, notamment par M. Maillot, auteur d'un excellent traité des fièvres intermittentes.

Il ne faudrait pas croire néanmoins que les lésions consécutives aux fièvres d'accès ne s'observent que chez les individus qui ont laissé durer celles-ci par défaut de traitement, ou qui ont éprouvé de fréquentes rechutes; souvent la rate s'est engorgée à la suite d'un petit nombre d'accès, et la tumeur qu'elle forme s'est maintenue longtemps après leur cessation complète. D'autres malades n'ont éprouvé que de rares récidives, de courte durée, à long intervalle, et n'en sont pas moins porteurs d'engorgements spléniques. C'est que les fièvres intermittentes, dites simples, ne sont peut-être pas aussi simples qu'on le pense, c'est-à-dire dégagées de toute lésion viscérale; depuis trois ans et demi nous explorons avec soin les conditions de la rate chez tous les fébricitants qui entrent dans notre service, et cet examen nous a donné la conviction que dans l'immense majorité des cas, une douleur ayant son siége dans la région splénique a précédé ou accompagné les premiers accès et parfois subsiste encore après leur extinction; si l'on interroge ceux qui sont affectés d'engorgement de la rate, on apprend presque toujours qu'antérieurement à l'apparition de la rénittence splénique, un point douloureux a existé dans l'hypochondre gauche; quant aux engorgements spléniques, ils sont eux mêmes très-fréquents, même à Paris, parmi les fébricitants de la garnison; il est vrai que beaucoup d'entre eux en étaient affectés avant leur arrivée à Paris, ou bien ont éprouvé durant leur séjour dans la capitale des rechutes multipliées. La fréquence de ces deux phénomènes, douleur et tumeur spléniques, isolés ou réunis, nous a depuis longtemps porté à joindre, dans le traitement des

Digitized by Google

fièvres intermittentes, l'emploi des ventouses scarifiées à celui du médicament antipériodique interne; nos cahiers de visite témoignent qu'il est sorti de nos mains peu de fébricitants qui n'aient subi dans la région splénique l'application de ventouses scarifiées en même temps que le sulfate de quinine leur était prescrit à l'intérieur, et bien avant la communication faite par M. Nonat à l'Académie de médecine, nous insistions auprès de nos élèves sur la facilité plus grande qu'on a de guérir les accès intermittents par l'usage simultané des moyens précités.

Les fièvres intermittentes et les engorgements spléniques qui les accompagnent n'ont pu s'offrir aussi souvent à notre observation, sans amener aussi sous nos yeux un certain nombre d'hydropisies consécutives. A ces dernières lésions, nous n'avons opposé longtemps que le traitement généralement employé; on sait de quelles séries de moyens il se compose; quand on a vainement combattu la cause réelle ou probable de l'accumulation du liquide dans le péritoine avec ou sans infiltration des extrémités, on ne s'attache plus qu'à obtenir la diminution, sinon la résorption complète du fluide épanché; viennent alors suivant les cas individuels, les toniques, les amers, les diurétiques, les dérivatifs, etc. Mais combien a-t-on compté de succès à la suite de ces médications, si l'épanchement a été considérable et d'une origine éloignée? Combien de fois a-t-on produit une diurèse abondante par l'opiniâtre emploi des remèdes décorés du nom de diurétiques? Chez combien de sujets a-t-on relevé les forces par les toniques, corroboré la fibre, activé les sécrétions? La médecine aurait mauvaise grâce à ne point confesser l'insuffisance de la plupart de ces médications dans les cas d'hydropisie ascite, suite de fièvre intermittente; l'issue de ces affections n'est plus douteuse, après l'insuccès des différents ordres de moyens indiqués et dont l'usage quotidien constitue l'une des routines automatiques de la médecine clinique. Que l'épanchement diminue pour augmenter derechef ou qu'il reste stationnaire, la diathèse séreuse ne tarde point à s'établir chez le malade; l'infiltration s'étend au scrotum, aux malléoles, aux joues; bientôt toute la couche cellulaire sous-cutanée participe à l'œdème; parfois l'épanchement se répète dans les cavités de la plèvre et du péricarde; l'émaciation est progressive, les forces tombent, et bientôt une diarrhée, provoquée ou augmentée par l'usage des médicaments internes, emporte le malade.

Combattre en temps opportun et avec énergie les engorgements spléniques, source de ces hydropisies, voilà sans contredit l'indication souveraine, et c'est par les ventouses scarifiées, jointes à l'usage persévérant du sulfate de quinine, qu'il est surtout possible de la remplir. Mais l'ascite une fois développée, les mêmes moyens peuvent-ils trouver encore leur place et susciter quelques chances de guérison? Voilà la question que nous nous sommes adressée il y a quelques mois en présence de deux cas d'ascite et d'infiltration, consécutives aux fièvres intermittentes; chez l'un de ces deux malades, l'hydropisie était survenue postérieurement à son admission dans mon service et avait succédé à des récidives de fièvre intermittente, accompagnée de tumeur splénique et dont les accès avaient fini par se confondre, au point de nous offrir un exemple de ces pyrexies pseudo-continues qu'ont signalées les médecins employés, dans ces derniers temps, en Afrique. L'autre malade nous est arrivé avec une ascite commençante et un œdème notable des extrémités; ses antécédents, les dimensions de la rate nous ont permis, comme pour le premier, d'établir entre ces faits et l'existence de l'épanchement péritonéal et sous-cutané un légitime rapport de causalité. Appuyé sur cette induction, nous avons administré contre ce dernier état morbide le sulfate à dose moyenne et soutenue, étendant aux effets le traitement qui neutralise la cause. Le succès a couronné cette tentative que nous comptons renouveler à la première occasion; nous avons vu disparaître sous l'action du sulfate de quinine l'enflure des membres, la collection séreuse du péritoine, comme nous avons vu souvent se dissiper par l'efficacité du même agent les infarctus de la rate. En même temps que les fluides épanchés sur divers points de l'économie étaient résorbés, la rate diminuait de volume, ou plutôt n'est-il point permis de dire qu'à la suite de la réduction progressive de la masse splénique, disparaissait par degré la collection séreuse, produit d'un obstacle viscéral à la circulation veineuse de l'abdomen? La lecture des deux faits suivants fera ressortir le parallélisme de ces deux ordres de phénomènes, parallélisme qu'il est difficile de ne pas convertir en un rapport de dépendance mutuelle, confirmé d'ailleurs par le résultat thérapeutique.

Obs. I. — Le nommé Travers, fusilier au 33e régiment de ligne, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 8 janvier 1830, et a été placé au lit n° 38, de la salle 7. Agé de 22 ans, tempérament lymphatico-sanguin, force moyenne, cultivateur avant son admission au service militaire, laquelle date d'un an. Les renseignements fournis par le malade se résument en ceci : fièvre bilieuse à l'âge de onz ans; à quatorze ans, fièvre intermittente quotidienne qui a duré trois mois, et qui, revêtant ensuite le type double tierce, s'est prolongée trois autres mois. Depuis cette époque jusqu'au 5 janvier dernier, il s'est bien porté; ce jour-là il fut pris d'un accès de fièvre caractérisé par la succession régulière des trois stades et accompagné de diarrhée; cet accès, qui dura cinq ou six heures, s'est répété les jours suivants, et l'a déterminé à entrer à l'hôpital. Soumis le 9 jan-

Digitized by Google

vier à notre examen, il a présenté l'état suivant :

Facies animé, peau sudorale, pouls à 90-95, légère céphalalgie; langue un peu rouge vers les bords, mais humide et plate, la pression abdominale est presque douloureuse de l'épigastre vers l'hypochondre gauche; la diarrhée qui existait au début de la fièvre, a cessé; la rate est manifestement augmentée de volume; elle forme dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes une tumeur renitente, sensible à la percussion, et dont le son mat contraste avec la résonnance gazeuse du reste de la surface abdominale; le malade ne peut préciser le temps où cette tumeur s'est développée, mais il déclare avoir ressenti, dans les fièvres antérieures, un point douloureux dans l'hypocondre gauche. Rien à noter dans les autres organes et appareils. On prescrit la diète, la limonade gommeuse, des fomentations émollientes sur le ventre, quatre ventouses scarifiées sur la région splénique.

Du 9 au 10 janvier, point d'apyrexie; la douleur splénique est diminuée; le volume de la rate est le même; point de selle. Même prescription moins les ventouses.

Du 11 au 13, on a vainement recherché le moment de l'intermittence; la fièvre continue sans interruption, mais sans accroissement d'intensité; sur les instances réitérées du malade, on accorde en petite quantité quelques aliments légers.

Le 14, point de changement; constipation de quatre jours; 45 grammes de sulfate de soude.

Le 15, par suite du purgatif prescrit la veille, cinq à six selles; la fièvre est un peu plus forte, la douleur s'est réveillée dans l'hypochondre gauche : diète, trois ventouses (grandes) scarifiées.

Le 17, on est obligé de revenir au même moyen (4 vent. scarif.) à cause de la persistance de la douleur splénique, et l'on profite en même temps d'une apyrexie franche pour prescrire 4 décigrammes de sulfate de quinine; on accorde la soupe. On continue le sulfate de quinine le 18; le 19, retour d'un point douloureux dans la région de la rate qui n'a pas diminué de volume depuis l'entrée du malade; cette sensibilité splénique s'est-elle développée sous l'influence des premières doses du fébrifuge, et comme résultat d'une action directe de celui-ci sur le viscère engorgé? — Rien ne peut être affirmé à cet égard; quatre nouvelles ventouses scarifiées sont posées au lieu dolent, et l'usage du sulfate est continué à la même dose.

Le 20, l'inspection du malade fait reconnaître une infiltration des extrémités inférieures, du scrotum et de la paroi abdominale; un commencement d'ascite est constaté par la sensation du flot, obtenue sur les points déclives du bas-ventre, que l'on fait varier suivant la position du malade.

L'épanchement péritonéal augmente jusque vers la fin de janvier; les régions dorsales des mains, les poignets et les joues du malade, sont légèrement œdematiées; la peau se décolore; quelques macules scorbutiques apparaissent sur celle des jambes. Des aliments sont prescrits au malade, mais en petite quantité; des boissons diurétiques (chiendent nitré), la teinture de scille et de digitale en frictions, le sulfate de quinine à l'intérieur composent le traitement, auquel on ajoute, le 31 janvier, l'application d'un bandage compressif sur l'abdomen. Du 27 au 30, il a fallu suspendre l'administration du fébrifuge, par suite de la sensibilité de l'épigastre; repris le 31, et associé plus tard à l'opium, il a été continué à la dose permanente de 4 décigrammes jusqu'au 8 février; à cette époque le malade, alimenté progressivement, mange la demi-portion; l'ascite a progressivement disparu, ainsi que l'œdème du scrotum et du visage; il ne reste plus guère qu'un peu d'infiltration aux mollets, qui sont flottants, et autour des malléoles où les doigts appliqués laissent encore une empreinte. L'hypocondre gauche est indolore, la rate ne déborde plus que d'environ deux travers de doigt le rebord des côtes asternales; le malade se lève depuis plusieurs jours; son appétit est vif; ses digestions régulières.

Jusqu'au 18 février, on continue à doses décroissantes le sulfate de quinine associé à l'opium, ainsi que les boissons diurétiques et les frictions de teinture de scille et de digitale; on rend le régime plus fortifiant, et l'on recommande l'exercice. Le 25 février, la convalescence est confirmée; le sujet a repris une bonne coloration, ses forces augmentent; la rate offre encore au-dessous des fausses côtes une légère saillie. En l'absence de tout établissement de convalescence militaire et craignant de rendre prématurément ce soldat aux fatigues et aux irrégularités de la vie de caserne, nous l'avons gardé quelque temps encore sous notre surveillance : aucune rechute n'est venue troubler sa guérison.

Quand ce malade nous est arrivé, l'invasion de sa fièvre intermittente ne remontait qu'à trois jours, et déjà la rate s'était tuméfiée; il était peu probable que l'affection splénique fût aussi récente que la fièvre; six mois d'accès quotidiens et double-tierces, que le malade avait subis entre quatorze et quinze ans, expliquent l'origine de l'engorgement considérable de la rate, que son indolence avait fait négliger. Est-ce à l'existence antérieure de cet engorgement qu'il faut attribuer la subintrance des accès survenus depuis le 5 janvier et qui ont fini par se transformer en une fièvre pseudo-continue? A coup sûr, l'invasion de cette fièvre a eu pour effet de ramener à l'acuité l'altération de la rate, ainsi que le témoigne la douleur opiniâtre dont elle est devenue subitement le siége.

C'est le 20 janvier que l'on constate l'infiltration

Digitized by Google

des membres et la collection naissante du péritoine, et dès le 8 février, ces symptômes ont disparu en partie. Serait-on tenté de considérer comme spontanée la résorption des fluides épanchés? Mais, comme nous l'avons dit, avec ce phénomène a coïncidé celui de la diminution de l'engorgement splénique, et qui ne sait combien sont rares et difficiles ces effets de résorption spontanée chez des sujets travaillés par des fièvres prolongées et porteurs d'une lésion viscérale chronique?

On trouvera sans doute que nous avons nourri prématurément ce malade, puisqu'il a obtenu quelques légers aliments, dès le 11 janvier, malgré la continuité de la fièvre; mais telle est souvent l'urgence de la situation médicale dans les hôpitaux militaires, qu'il faut faire fléchir aux exigences du malade la rigueur de la diététique. La privation tant soit peu prolongée des aliments est plus sensible au soldat malade qu'à tout autre sujet; elle réagit d'une manière funeste sur son état moral, et dans plus d'un cas il y aurait imprudence à se refuser à ses sollicitations lamentables, alors même que le maintien de la diète est indiqué par l'acuité du mal et conforme aux lois de la saine thérapeutique.

Obs. II. — Bonhour, fusilier au 39e régiment de ligne, entré à l'hôpital le 3 février 1840, placé au lit n° 36 de la salle 7, âgé de 25 ans, tempérament lymphatico-sanguin, force de constitution médiocre, maçon avant son entrée au service militaire auquel il a été appelé depuis trois ans; il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une diarrhée qui remonte à deux ans. Le 2 octobre 1839, il a été pris d'une fièvre quarte qui s'est prolongée pendant deux mois et demi, sauf quelques périodes apyrétiques de courte durée; la plus longue de ces périodes s'est étendue du 1er au 20 janvier 1840; à cette époque, retour de l'accès qui depuis lors jusqu'au moment de son admission à l'hôpital (quatorze jours d'invasion) s'est constamment reproduit sous le type quarte.

Le 4 février, le malade est soumis pour la première fois à notre examen: décoloration générale, habitus étiolé, infiltration des jambes et des pieds, ascite commençante; la langue est nette et pâle; les fonctions digestives sont régulières; le ventre indolore à la pression, même dans l'hypochondre gauche où la rate présente à la main une masse dure et étendue d'environ 8 à 9 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes; le malade déclare n'avoir jamais éprouvé de douleur en cette région. L'auscultation fait constater l'intégrité des organes thoraciques. Le malade attend l'accès entre onze heures et midi. et nous annonce qu'il est de courte durée; le dernier accès, survenu vers midi, n'avait plus laissé de traces vers trois heures du soir. On prescrit 4 décigrammes de sulfate de quinine, et on accorde pour le soir une soupe.

Le 5, l'accès est venu la veille, mais avec une médiocre intensité. En raison du volume de la rate, on continue l'usage du sulfate à la dose de 4 décig. durant les jours apyrétiques.

Le 7, l'accès a manqué, après la dose habituelle du sulfate, prise le matin.

Le 8, le malade se plaint d'épigastralgie; on maintient le régime (soupe et quart), mais on suspend le sulfate de quinine; le volume de la rate est moindre de 2 à 3 centimètres; l'ascite et l'œdème des extrémités inférieures persistent.

Le 10, l'ardeur que le malade accusait à l'épigastre ayant cessé, on reprend le fébrifuge d'abord à la dose de 3 décigrammes que l'on porte le lendemain à 4; on y joint l'usage des boissons nitrées et de la teinture de digitale et de scille en frictions sur le ventre et les extrémités; on prescrit un régime analeptique, et on lui accorde du vin blanc. Sous l'influence de ces moyens hygiéniques et médicamenteux, l'épanchement péritonéal est résorbé progressivement; dès le 16 février, on n'obtient plus sur aucun point de l'abdomen la sensation du flot, manifestée encore quelques jours auparavant. Le 20, l'œdème des pieds a cessé; le malade s'est visiblement fortifié, le teint est moins mat, les mouvements moins lents; il se lève, descend dans le promenoir d'hiver, remonte après deux heures de promenade, et le tout sans fatigue; l'appétit est prononcé, le sommeil excellent. La rate dépasse encore le rebord de l'hypochondre d'environ 3 centimètres.

Le 25, Bonhour est considéré comme entièrement rétabli; néanmoins la rate conserve les dimensions précitées, sans que cette augmentation de volume paraisse influer en rien sur aucune fonction; il a même repris une certaine prestance militaire et demande instamment sa sortie; nous l'avons ajournée, tant à cause de la persistance de l'infarctus splénique, que pour le soustraire aux influences irrégulières de la vie de garnison.

La rate n'a pas été ramenée chez ce malade à son volume normal; l'usage prolongé du sulfate de quinine n'a produit qu'une réduction de quelques centimètres, et cet effet, quoique limité, a suffi pour amener à sa suite la résorption de l'épanchement péritonéal. Sans doute un certain volume de la rate n'est pas incompatible avec l'exercice des fonctions et la conservation de la santé, sans que nous pensions avec M. Bailly (*Traité anatomico-physiol. des fièvres intermitt.*, etc., 1825, p. 421) que les obstructionnaires puissent rester des années entières parfaitement bien portants, avec des tumeurs spléniques occupant toute la partie antérieure du ventre; mais l'on conçoit qu'une simple diminution dans le volume de la rate a pu déterminer dans la circulation abdominale des changements tels que la résorption d'une ascite médiocre s'en est suivie.

Digitized by Google

Loin de nous de vouloir exprimer de deux observations isolées une règle constante de thérapeutique ; mais il est des faits qui, quoique en petit nombre, possèdent une signification réelle; ceux que nous avons rapportés, méritent peut-être d'ouvrir une série de recherches cliniques ; et c'est cette vérification, quel qu'en soit le résultat final, que nous appelons de nos vœux. Le raisonnement vient à l'aide des deux faits qui précèdent, et leur maintient leur valeur, en attendant qu'ils forment, par l'addition d'autres expériments cliniques, la base d'une généralité thérapeutique. La fièvre intermittente n'est pas, en effet, une maladie simple, une unité morbide ; elle embrasse une série d'états pathologiques qui tous ne sont pas encore analysés; ce que l'on appelle communément les suites, les effets d'une maladie n'en sont que les transformations, les modes successifs; l'essence du mal est restée la même ; la figure organique a seule changé ; cet engorgement splénique ou hépatique, cet ictère qui succède à quelques accès et les absorbe, cette ascite, cet empième latent, c'est encore la fièvre intermittente, ou plutôt c'est une maladie identique dont le mode initial n'a pas représenté une fièvre intermittente, et qui s'appelle maintenant ascite, ictère, etc. Il y a quelques jours, un malade nous arrive, affecté simultanément de fièvre quotidienne, d'engorgement splénique, d'ictère et de diarrhée; nous lui prescrivons pendant six jours 4 décigrammes de sulfate de quinine unis à 5 centigrammes d'opium en pilules, et diarrhée, ictère, engorgement de la rate, accès quotidiens, tout cesse en même temps : ce militaire, aujourd'hui convalescent, est encore couché au nº 4 de la salle 7, au Val-de-Grâce. Est-ce à dire qu'il ait présenté quatre états morbides distincts? A nos yeux, ces quatre groupes de symptômes sont l'expression multiple d'une seule affection ; de là l'immédiate efficacité du traitement employé. Si ce point de vue a quelque vérité, si la fièvre intermittente peut comprendre diverses séries d'altérations organiques et fonctionnelles, la médication qui lui est appliquée avec succès peut recevoir une judicieuse extension; des hydropisies guériront, dans certains cas, par l'action du sulfate de quinine, comme elles solliciteront ailleurs le déploiement de la méthode antiphlogistique, ailleurs encore les purgatifs ou les diurétiques.

Il est rare que des ascites soient soumises, dès leur début, à l'observation clinique des hôpitaux; presque toujours les malades qui en sont atteints ont passé par d'autres soins, et s'ils sont militaires, ont séjourné dans des hospices de garnisons différentes. La chronicité de l'affection, l'inutilité des médications antérieures, le vague des réponses, parfois l'état général du malade ou des complications fâcheuses, sont, pour le dernier explorateur, autant de causes de découragement; mais en redoublant d'attention, en multipliant les interrogations, en fouillant dans tous les antécédents du sujet, on finit par surprendre dans le passé une veine d'inductions étiologiques : des douleurs ont sillonné autrefois la région splénique, des accès fébriles ont marqué le séjour de telles garnisons, des récidives sont survenues; le sulfate de quinine est donné et l'ascite disparaît. Ce résultat, on peut se le promettre, nous l'espérons nous-même encore, puisqu'il a déjà payé nos efforts.

GAZ. MÉDICALE. — Juin 1840.

De l'emploi intérieur de l'huile de morue dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse; par M. PIFFARD, de Brignolles.

L'huile de foie de morue préconisée contre le rachitisme vient d'être aussi employée avec succès par le docteur Piffard dans deux cas des plus graves d'ophthalmie scrofuleuse.

Le sujet de la première observation est une jeune fille de seize ans, non menstruée, à face bouffie, pâle, présentant le type d'un tempérament essentiellement scrofuleux. Conjonctives rouges, sur les bords libres des paupières plusieurs pustules, dont quelques-unes, ulcérées, ont un fond grisâtre; larmoiement, photophobie des plus intenses; la cornée transparente de l'œil droit présente une large ulcération par où s'échappe l'iris; cécité complète de cet œil.

La vision n'est point entièrement perdue à gauche; toutefois, il est nécessaire que la malade dirige tout à fait en bas le globe de l'œil, le segment inférieur de la cornée transparente portant aussi encore une petite ulcération au travers de laquelle une portion de l'iris forme hernie. Cette enfant a de plus, sur le côté gauche de la poitrine, deux larges plaies scrofuleuses, dont les bords sont décollés dans une assez grande étendue.

La malade entre à l'hôpital. Le docteur Piffard ordonne, dès le lendemain, une cuillerée à café d'huile de foie de morue à prendre le matin à jeun; trois jours après, la malade en prit une cuillerée à café matin et soir ; enfin on augmenta de trois jours en trois jours la dose, jusqu'à ce qu'il en fût donné une cuillerée à bouche matin et soir. Dans l'espace d'un mois cette fille en but ainsi bien près d'une livre. Un régime tonique fut joint au traitement.

La malade sort de l'hôpital sans qu'elle ait éprouvé, en apparence, aucune amélioration sensible.

Deux mois après, le docteur Piffard revit cette

Digitized by Google

enfant qui, depuis sa sortie, n'avait fait aucun remède, dans un brillant état de santé; la rougeur et les ulcérations palpébrales ont entièrement disparu; l'œil gauche est parfaitement net, l'iris mobile, la vue intacte. Au centre de la cornée transparente de l'œil droit existe une cicatrice qui gêne un peu la vision de ce côté; l'iris présente plusieurs adhérences qui donnent à la pupille une forme très-irrégulière. Les plaies du thorax sont guéries. Depuis, maintes fois la malade a été revue par le docteur Piffard, la guérison ne s'est point démentie.

La seconde observation présente à peu près les mêmes caractères. La guérison aussi a été lente, mais assurée. Ce n'est qu'après un ou deux mois de l'usage de l'huile de morue qu'il faut compter sur une amélioration.

En raison de l'extrême répugnance que les malades éprouvent à prendre l'huile de foie de morue, M. le docteur Piffard engage les médecins et pharmaciens à faire des essais capables de neutraliser le goût et l'odeur infects de ce médicament, qui peut être appelé à rendre de grands services à la thérapeutique.

Bull. de thérapeutique. — Mai 1840.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

—

Mémoire sur l'étiologie générale des déviations latérales de l'épine, par rétraction musculaire active (lu à l'Académie des Sciences le 23 septembre 1839); par le docteur Jules Guérin.

En communiquant, il y a quelque temps, à l'Académie, le résultat de mes premiers essais sur le traitement des déviations latérales de l'épine, par la section des muscles du dos, j'ai posé en principe, et comme base de cette nouvelle méthode de traitement, que le plus grand nombre des déviations de l'épine sont, comme le pied-bot, le torticolis ancien et les autres difformités articulaires congéniales, le résultat de la rétraction musculaire primitive. C'est au développement et à la démonstration de cette proposition que j'ai consacré ce premier mémoire.

Et d'abord, pour ne laisser aucun vague dans la discussion à laquelle je vais me livrer, je dois dire quelques mots du phénomène de la rétraction musculaire active, considérée comme cause de difformités du système osseux. On savait que sous l'influence d'une certaine manière d'être du système nerveux, les muscles peuvent être pris tout à coup de mouvements spasmodiques involontaires, à la suite desquels ils restent raccourcis, tendus, entraînant avec eux, dans la direction de leur action, les portions du squelette sur lesquelles ils s'insèrent. Ce phénomène, qu'on n'avait pas étudié jusqu'ici dans ses rapports avec les difformités du système osseux, ni analysé dans ses éléments, et dont l'existence n'avait pas même été soupçonnée chez le fœtus, est, à mes yeux, le principal agent des difformités articulaires congéniales et consécutives. J'ai exposé les faits qui servent de base à cette doctrine, dans le travail que j'ai adressé au concours de l'Académie des Sciences pour le grand prix de chirurgie, ainsi que le constate le rapport sur ce concours. Les différents travaux que j'ai publiés depuis sur cette matière et le mémoire que je vais avoir l'honneur de lire devant l'Académie ne sont que des développements et des applications de mes précédentes recherches.

Pour prouver d'une manière directe, irrécusable, que les déviations de l'épine sont, dans le plus grand nombre des cas, le produit de la rétraction musculaire primitive, il faudrait pouvoir, à l'exemple des chimistes et des physiciens, effectuer d'emblée des difformités de cette espèce, en mettant en jeu, au moyen de l'expérimentation, la cause essentielle que je leur attribue. Cette méthode est, en effet, la seule qui, jusqu'ici, et principalement aux yeux de l'Académie des Sciences, ait eu le privilége d'entraîner une conviction complète. Mais, outre que l'affection nerveuse qui produit la rétraction musculaire n'est pas assez connue dans son essence et dans ses conditions de production, il ne serait pas permis de la provoquer chez l'homme; et cependant l'homme seul réunit, comme je le démontrerai plus tard, toutes les conditions au développement de ces sortes de difformités. C'est donc à l'observation seule qu'il faut recourir pour établir d'une manière rigoureuse ce que l'expérience ne me permet pas de démontrer directement.

Eh bien! je ne crains pas de le dire, au risque d'anticiper sur les résultats des preuves que je vais présenter, l'observation appliquée à toutes les conditions où la déviation de l'épine, de nature musculaire active, se manifeste, appliquée à toutes les phases, à toutes les combinaisons, à toutes les modalités de cette cause, appliquée surtout à la série méthodique de ses effets, fera ressortir son existence avec une évidence aussi complète que celle que fournirait l'expérimentation directe.

—

Digitized by Google

PREMIÈRE QUESTION.

Existe-t-il des exemples de déviations de l'épine, accompagnées d'altérations matérielles des centres nerveux, et évidemment causées par ces altérations?

On peut répondre immédiatement à cette première question par l'affirmative. Oui, il existe des déviations de l'épine accompagnées d'altérations évidentes, matérielles des centres nerveux. L'existence de ce fait, je l'ai établie dans deux ordres de circonstances fort différentes, mais également importantes à constater, parce qu'elles fournissent, à des points de vue différents, des lumières vives pour la solution de la question qui nous occupe. Ainsi, d'une part, il existe chez certains fœtus monstres et autres, des déviations de l'épine, accompagnées de beaucoup d'autres difformités articulaires, coïncidant avec une altération plus ou moins profonde du système nerveux; et, d'autre part, il existe chez certains individus d'âge et de sexe différents, des déviations de l'épine qui se sont manifestées à la suite d'affections de même nature, pendant la vie extra-utérine. Mettons d'abord ces deux faits hors de doute.

J'ai rapporté, dans mon ouvrage pour le concours du grand prix de chirurgie, une série d'observations relatives à des monstres et à des fœtus plus ou moins déformés, chez lesquels on pouvait constater des altérations évidentes du cerveau et de la moelle épinière ou de leurs enveloppes, depuis la destruction complète de ces centres jusqu'à la simple altération d'un de leurs points circonscrits. Ces deux extrêmes d'action d'une seule et même cause ont pu être liés par une série décroissante d'altérations identiques, différant seulement d'intensité, de manière à former une chaîne non interrompue de manifestations de moins en moins prononcées de la même maladie sur des individus différents. A côté des altérations dont il s'agit, on trouvait une série de difformités des diverses parties du squelette, proportionnées en nombre et en degré à l'étendue et à l'intensité des lésions des centres nerveux. Ainsi, avec la destruction complète ou partielle du cerveau et de la moelle, coïncidaient des déviations, des torsions énormes des membres supérieurs et inférieurs, dans leurs différentes jointures; les mains, les pieds, les coudes, les épaules, les genoux, les hanches étaient déviés en différents sens, déplacés, fléchis ou étendus de la manière la plus exagérée. Concurremment avec ces difformités, il existait des courbures de la colonne vertébrale, souvent portées au plus haut degré, repliant cette tige d'avant en arrière, ou latéralement, au point de réduire le tronc à la moitié ou au tiers de sa hauteur. Dans les cas où l'affection des centres nerveux avait été moins intense, on retrouvait encore les mêmes difformités simultanées des membres et de l'épine, mais à un moindre degré, et finalement quelques-unes de ces difformités seulement, avec une altération plus circonscrite d'une portion du cerveau ou de la moelle. La subordination de ces deux ordres de faits, les altérations du système nerveux, d'une part, et les difformités articulaires du squelette, de l'autre, déjà presque établie par le seul fait de leur simultanéité, ne pouvait être méconnue : car les muscles qui en étaient les intermédiaires étaient considérablement durs, raccourcis, tendus, dans le sens des difformités, formant la corde de leurs courbures ou de leurs angles, et toujours à un degré qui excluait l'idée d'une position anormale primitive, perpétuée par le raccourcissement consécutif des muscles; ainsi, dans certains cas, j'ai constaté des flexions antérieures de la jambe sur la cuisse, et la flexion postérieure de l'avant-bras sur le bras, c'est-à-dire dans le sens opposé à la flexion normale. Le triceps fémoral était très-court, tendu, et la rotule remontée sur la face antérieure de la cuisse; il en était de même du triceps brachial, et de la position de l'olécrâne qui remontait bien au delà des limites physiologiques sur la face postérieure de l'humérus. A côté de ces difformités la colonne était repliée en différents sens, attirée et bridée des deux côtés par les muscles longs du dos, qui représentaient la corde des courbures qu'elle décrivait : quand on voulait redresser ces courbures, la tension extrême des muscles latéraux s'y opposait complétement. Enfin, il y avait parfois des luxations du coude, des fémurs, et même des courbures anguleuses des os des membres, par suite de fractures dans le sens de l'action des muscles rétractés. J'ai constaté ces résultats, non-seulement chez des fœtus humains, mais encore chez des fœtus d'animaux, de veau, par exemple, où les déviations de l'épine n'étaient pas moins prononcées que chez les fœtus humains. Enfin, je les ai constatés aux différentes phases de l'affection des centres nerveux, depuis la destruction complète du cerveau, de la moelle et de leurs enveloppes, jusqu'à la simple altération partielle de ces parties, et toujours avec la même simultanéité, la même connexion de difformités, attestant une communauté d'origine, et leur subordination commune à l'affection nerveuse. Je mettrai tous ces faits authentiques à la disposition de la commission que l'Académie voudra bien charger de l'examen de ce travail.

Il est inutile, pour le moment, de discuter la question de savoir si l'existence des déviations de l'épine, accompagnant d'autres difformités causées par la rétraction musculaire, entraîne rigoureusement la nécessité d'une cause identique? Les faits qui suivront résoudront d'eux-mêmes cette diffi-

Digitized by Google

culté. Ajoutons seulement que l'existence des déviations de l'épine observées chez le fœtus exclut toute idée de causes empruntées aux différentes conditions de la station verticale et de ses conséquences, et qu'avec le secours de nos connaissances sur les rapports du système nerveux avec les muscles, il n'est pas permis de douter, en voyant une altération profonde d'un des points du système nerveux, coïncidant avec des raccourcissements considérables et généraux des muscles, que l'un de ces faits ne soit le résultat de l'autre. Mais les faits observés après la naissance dissipent toute incertitude à cet égard, et dispensent de recourir à des inductions qui n'auraient pas le caractère de la certitude directe.

S'il est vrai que les déviations de l'épine qu'on trouve chez les fœtus, avec des traces d'affection matérielle des centres nerveux, sont bien le résultat de ces altérations, il doit être possible de rencontrer, après la naissance, des répétitions des mêmes faits, de manière à permettre à l'observateur de constater directement, comme s'il expérimentait lui-même, la production des déviations de l'épine sous l'influence des rétractions musculaires mises en jeu par des affections nerveuses. Et, en effet, j'ai observé, à partir de quelques jours après la naissance, jusqu'à l'âge adulte, un très-grand nombre de cas de déviations latérales de l'épine, survenues immédiatement après des affections cérébrales, cérébro-spinales, et accompagnées, comme chez le fœtus, d'un très-grand nombre d'autres difformités articulaires, toutes causées évidemment par le raccourcissement actif des muscles rétractés. Après avoir constaté cette première catégorie de faits, dans lesquels la généralité d'action de la cause, c'est-à-dire la lésion centrale du système nerveux, était représentée par la généralité de ses effets, par la rétraction de presque tous les muscles du tronc, tenant sous leur dépendance la distorsion de presque toutes les articulations du squelette, j'ai cherché à suivre, toujours sur le vivant, comme je l'avais fait pour le fœtus, la décroissance des difformités en nombre et en intensité, liée à la décroissance de l'affection nerveuse qui la produit. J'ai été assez heureux pour réunir une collection de cas de cette nature; j'en ai composé une série régulièrement décroissante de difformités de l'épine dues à une affection du cerveau ou de la moelle, et se présentant avec un entourage de difformités des autres articulations du squelette, depuis la déviation extrême, accompagnée de déviations de toutes les brisures du squelette, jusqu'à la déviation peu prononcée, accompagnée seulement de la déviation d'un pied ou d'une main. Tous ces faits, ou plutôt toutes ces expériences, constatées directement par moi, répétées un assez grand nombre de fois pour qu'aucun cas ne se soit montré une fois seulement, m'ont paru établir, d'une manière définitivement rigoureuse, qu'il existe chez le fœtus comme chez l'enfant des déviations latérales de l'épine évidemment causées par la rétraction musculaire active, dépendant d'une affection des centres nerveux. J'ai dit que j'avais non-seulement observé ces cas chez l'enfant nouveau-né, mais à toutes les périodes de l'enfance jusqu'à l'âge de la puberté; en effet, je possède plusieurs observations de déviations de l'épine, survenues chez des jeunes filles de 15 à 16 ans, à la suite d'affections convulsives du cerveau et de la moelle. Je reviendrai sur ces faits plus tard.

La première question que j'ai soulevée, à savoir, *s'il existe des exemples de déviations de l'épine accompagnées d'altérations matérielles des centres nerveux et évidemment causées par ces altérations*, est donc résolue d'une manière certaine par l'expérience. Je dis par l'expérience, car il est bon de s'entendre sur ce point : la science n'a ni le pouvoir ni le droit de produire d'emblée des affections cérébrales chez l'homme dans le but de constater la production des déviations de l'épine; mais la nature expérimente pour lui, et il peut profiter de ces expériences comme s'il les avait faites lui-même; la seule différence qu'il y ait, dans ce cas, entre l'observateur et l'expérimentateur, c'est qu'il ne reproduit pas les expériences de la nature à volonté, et qu'il est obligé d'en attendre le retour pour en démontrer la réalité; ce n'est là qu'une difficulté de temps qui explique en partie la lenteur et les difficultés du progrès des sciences d'observation, comparées aux sciences d'expérimentation. Passons à un autre point, ou plutôt à une seconde question.

DEUXIÈME QUESTION.

Existe-t-il, en l'absence d'altérations matérielles des centres nerveux, des moyens certains de reconnaître qu'une déviation de l'épine est le produit de la rétraction musculaire active, mise en jeu par une affection nerveuse?

Cette question n'est pas moins facile à résoudre par l'affirmative que la précédente. Oui, il existe des moyens sûrs de reconnaître, en l'absence d'altérations matérielles permanentes des centres nerveux, qu'une déviation de l'épine est néanmoins le produit d'une affection de ce système.

Les cas dans lesquels il n'est pas possible de constater directement une altération des centres nerveux accompagnant la déviation de l'épine, sont les plus nombreux : ce sont presque tous ceux qu'on observe sur le vivant; car la constatation directe d'une altération matérielle du cerveau ou de la moelle ne peut se faire qu'après la mort. Disons toutefois, que cette constatation, nous l'avons faite

plusieurs fois, c'est-à-dire qu'après avoir vu des sujets vivants atteints de déviations de l'épine que nous rapportions à une lésion nerveuse antérieure ou postérieure à la naissance, nous avons pu vérifier par l'autopsie l'exactitude de notre diagnostic. Mais, comme dans la majorité des cas, cette vérification n'est pas possible, la question est donc de savoir s'il existe des moyens certains de reconnaître, sans le secours de l'autopsie, les déviations de l'épine causées par une affection nerveuse déterminant la rétraction musculaire. La solution de cette question peut s'obtenir de deux manières, et par deux ordres de faits différents. Ou bien la déviation est accompagnée d'autres effets de la maladie qui lui a donné naissance, ou bien elle est le seul retentissement, la seule émanation appréciable de cette affection. Examinons ce qui se passe dans les deux cas.

Lorsqu'une affection nerveuse a produit une déviation de l'épine, il est rare que ses effets n'aient pas débordé le champ de cette difformité. Une affection nerveuse convulsive se révèle dans la majorité des cas par d'autres effets que par la rétraction de certains muscles, et à supposer qu'elle ne se manifeste d'une manière visible que par des spasmes musculaires, il est encore très-rare qu'elle borne ces spasmes aux muscles de l'épine. Il y a donc, dans cette première catégorie de déviations de l'épine, des caractères généraux, des traces matérielles de la maladie, accusés dans le reste de l'organisme. Ces traces sont, d'une part, toutes celles que laissent après elles toutes les maladies du cerveau et de la moelle; ce sont, dans la physionomie, une apparence de convulsion; les deux moitiés de la face sont inégales, non symétriques; les traits tirés d'un côté, les yeux inégaux : souvent un ou tous les deux sont atteints de strabisme; ils sont plus gros, moins mobiles qu'à l'état normal; leur force visuelle est différente; la pupille est plus dilatée d'un côté que de l'autre; les deux moitiés du front sont parfois inégales; toute l'étendue du corps peut offrir un défaut de symétrie; la force est souvent plus grande d'un côté que de l'autre, à part l'influence de la prédominance d'exercice; quelquefois même il y a un peu de paralysie. Voilà les caractères les plus généraux de l'affection nerveuse, vue dans ses reflets les plus éloignés. Avec ces apparences qui entourent la déviation de l'épine de nature musculaire convulsive, apparences insuffisantes encore pour reconnaître d'une manière certaine la maladie dont elles émanent, concourent d'une manière bien plus efficace les rétractions simultanées des différents ordres de muscles autres que ceux de l'épine, rétractions donnant lieu à autant de difformités articulaires. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer avec les déviations de la colonne vertébrale, des torticolis, des déviations des pieds, des mains, des flexions permanentes de la main, des genoux, du coude, ou l'une ou l'autre de ces difformités. Or, que dit cet accompagnement, surtout quand il s'entoure des caractères plus généraux d'une ancienne affection cérébrale convulsive ? Il jette sur l'origine de la déviation de l'épine un surcroît de lumière; il la montre comme enchevêtrée dans une foule d'éléments, dont elle fait en quelque sorte partie elle-même pour constituer un seul et même fait par rapport à une cause commune. L'épine, déviée simultanément avec le torticolis, avec le pied-bot, avec la flexion permanente du coude, c'est-à-dire avec la rétraction des muscles du cou, de ceux du pied, de ceux du bras, le tout complété par la physionomie convulsive et quelques-uns des rudiments de paralysie qu'on remarque sur les sujets anciennement atteints de maladies cérébrales, c'est la fraction d'un seul et même phénomène mis en regard des autres parties intégrantes, et recevant, d'une même cause, tous les caractères et tous les reflets de leur commune origine. Il faut voir les faits de cette nature, pour être frappé de cette physionomie d'ensemble, pour acquérir incontinent la conviction qu'il serait tout à fait illogique de détacher la déviation de l'épine de son entourage significatif, et d'en constituer un phénomène à part, au milieu d'autres phénomènes. Pour moi, j'ai rencontré un si grand nombre de cas de cette espèce, qu'il me serait impossible de les citer, même par leurs catégories les plus générales. J'inviterai les personnes qui ne seraient pas encore familières avec les faits de cette nature, à visiter les hospices spécialement consacrés aux affections nerveuses, comme Bicêtre et la Salpêtrière; c'est là que mon observation s'est exercée en grand; là elles verront des maniaques, des épileptiques, des hémiplégiques, des paralytiques, et toutes les formes des affections nerveuses, accompagnées des diverses formes, des diverses combinaisons des affections musculaires convulsives, et consécutivement des difformités auxquelles ces affections donnent naissance. Elles verront le torticolis avec le pied-bot; le torticolis avec la déviation de l'épine; la déviation de l'épine avec le pied-bot; la déviation de l'épine avec la flexion permanente des mains, du coude, du genou; elles verront l'une ou l'autre de ces difformités accouplée avec la déviation de l'épine perdue au milieu de cet entourage général, le tout accompagnés des caractères les plus significatifs des affections nerveuses cérébrales ou cérébro-spinales anciennes. Voilà donc le premier terme de ma proposition démontré, et démontré, je pense, aussi rigoureusement qu'il est possible avec le seul secours de l'observation et de l'induction.

Le second terme comprend les cas de déviations de l'épine également produites par la rétraction musculaire, mise en jeu par une affection nerveuse;

Digitized by Google

mais dans lesquels cette origine n'est pas dévoilée par ces reflets généraux et ces manifestations éloignées qui d'ordinaire la trahissent sur le champ. Car la maladie, ainsi que nous le montrerons plus tard, peut n'avoir retenti que sur des points isolés; elle peut n'avoir atteint d'une manière profonde et durable que les muscles de l'épine; elle peut même être née et s'être circonscrite dans les nerfs qui animent ces muscles; il s'agit donc de savoir si dans ces cas de circonscription de la cause, on peut encore la saisir, la déterminer, enfin la reconnaître au moyen de caractères aussi certains que pour les cas de la catégorie précédente. Ici, comme on le voit, la tâche devient plus délicate et plus difficile.

Et d'abord établissons d'une manière incontestable le fait de l'existence des déviations de l'épine produites par une affection nerveuse mettant exclusivement en jeu les muscles de l'épine, sans autre trace de son action. On remarquera que cette délimitation de la rétraction musculaire implique pour la cause une circonscription proportionnelle de siége et de degré; c'est-à-dire que l'affection cérébro-spinale ou spinale seulement, agit à un moindre degré dans le cas où elle se résout dans la simple rétraction des muscles du dos, que lorsqu'elle se traduit sur un plus grand théâtre, et sévit d'une manière plus intense et plus profonde. Ainsi que je l'ai démontré pour le pied-bot, ce fait de la délimitation de la cause, tant par rapport à son siége qu'à son degré, peut être constaté directement. Il consiste dans une lésion d'un des points les plus circonscrits du système cérébro-spinal ou de ses enveloppes ou dans les nerfs mêmes qui se distribuent aux muscles rétractés. Or, ces faits je les ai constatés plusieurs fois directement; j'ai vu, et les cas de cette nature ne sont pas assez rares pour qu'il ne soit facile à chacun de les vérifier; j'ai vu, dis-je, des déviations de l'épine survenir après des atteintes très-locales de cette maladie. Mais le *post hoc* ne suffirait pas plus ici qu'en beaucoup d'autres circonstances pour légitimer le *propter hoc :* voici les preuves directes qui m'ont permis d'établir dans ces cas la subordination d'un des deux faits à l'autre.

Et d'abord lorsque l'on compare les déviations de l'épine de cette dernière catégorie à celles qui sont accompagnées de traces matérielles d'affections cérébro-spinales, on trouve une exacte ressemblance; je dirai plus, une identité complète de formes, surtout lorsqu'on les compare chez des sujets qui ont été placés consécutivement dans des conditions analogues, et lorsque l'on compare ensemble des déviations du même degré. Elles ont le même siége, la même direction, le même nombre de courbures, les mêmes reliefs et les mêmes dépressions; elles empruntent les mêmes éléments anatomiques; elles sont soumises aux mêmes lois de développement et de progression, sans autres caractères différentiels que ceux qui résultent des différentes manières d'agir de la cause; car, je le dirai par anticipation, l'affection nerveuse, bien qu'identique dans son essence, ne produit pas toujours la rétraction des mêmes muscles, ni de tous les muscles, ni au même degré dans tous les muscles; elle n'agit d'ailleurs pas d'une manière absolue quant à son mode d'action essentielle; mais à part les différences qui résultent de cette complexité d'action de la cause, différences qui entraînent d'ailleurs une somme égale et parallèle d'effets proportionnels; à part ces différences, dis-je, dont j'indiquerai plus tard les conditions et les caractères, les formes extérieures des déviations de l'épine produites par l'altération matérielle évidente des centres nerveux, et les formes de celles où cette altération ne se révèle que par la déviation elle-même, sont parfaitement semblables : que conclure déjà de cette identité de formes ou d'effets, sinon qu'elle implique l'identité de leurs causes? Mais cette démonstration par induction peut être rendue bien plus complète par l'indication de caractères matériels, directs, inhérents au fait même qu'il s'agit de déterminer. Le fait de la rétraction musculaire, ses rapports avec les muscles qu'elle met en jeu, les rapports de ces derniers avec les parties qu'ils déplacent et déforment, fournissent des lumières aussi précises que certaines, et s'expriment par des caractères aussi fidèles qu'ils sont étroitement liés à la cause dont ils émanent.

Le premier caractère de la rétraction musculaire considérée dans sa forme la plus générale, c'est le raccourcissement du muscle rétracté, raccourcissement actif, qui diffère essentiellement du retrait passif ou consécutif en ce sens qu'il adapte violemment la portion et les rapports des portions du squelette où il siége, à sa direction, à sa longueur et à sa largeur, et par conséquent se montre sous les apparences de cordes ou de brides tendues entre les deux ou plusieurs points qu'il tient ainsi rapprochés. Le raccourcissement passif ou consécutif qui résulte, comme je l'ai démontré, du rapprochement des points d'insertion des muscles, n'est point accompagnée de tension; les portions déviées du squelette ne réagissent pas incessamment contre eux; en un mot, ils remplissent exactement l'espace, mais obéissent à l'espace au lieu de le limiter. Ce n'est pas tout. Le raccourcissement actif ayant pour effet de provoquer et déterminer, par suite des résistances du squelette, une tension considérable des muscles rétractés, ceux-ci acquièrent progressivement une texture dépendant de leur tension continue; c'est-à-dire ils deviennent fibreux, tandis que les muscles passivement raccourcis perdent de leur consistance et tendent à passer à l'état graisseux. Ces différences

Digitized by Google

de texture se manifestent sur le sujet vivant par des apparences qui lui sont propres. Le muscle primitivement rétracté et passé à l'état fibreux est dur, ramassé en faisceau, résistant sous la peau ; on dirait parfois qu'il a acquis une consistance fibro-cartilagineuse, surtout quand on a soin de tenir les points d'insertions du muscle éloignés. Des caractères opposés accusent également la texture intime du muscle passivement rétracté ; dans tous les cas son tissu est médiocrement résistant : il conserve sa forme et sa consistance primitives, ou plutôt il perd de cette consistance pour offrir plus de mollesse qu'à l'état normal ; cette mollesse accuse la dégénérescence graisseuse dont il est déjà le siége. Voilà certainement des caractères matériels fort différents, et qui émanent directement de l'essentialité de leur cause respective. Ce n'est pas tout.

Les muscles ont un siége et une direction d'action déterminés à l'état physiologique. J'ai déjà montré pour le pied-bot et le torticolis que ce siége et cette direction d'action se trouvent parfaitement en rapport avec la déviation qu'ils effectuent. Ce nouvel accord entre les formes et leurs agents, je me borne à l'énoncer ici comme un fait général, parce que si je voulais entrer dans ses applications, je me trouverais transporté hors du cadre que je me suis tracé ; je serais forcé de faire l'histoire particulière des variétés de ces déviations ; puisque ces variétés sont le produit de la rétraction différemment distribuée dans les muscles du dos, et leurs formes la représentation rigoureuse des différentes combinaisons d'action des muscles. Je me borne donc à énoncer le fait du rapport entre le siége et la direction d'action des puissances musculaires et les déplacements de la colonne qu'elles déterminent. Ce fait du rapport constant du siége et de la direction des muscles rétractés avec les portions du squelette qu'ils déplacent, dont j'ai montré l'existence dans toutes les difformités articulaires de cette origine (dans le torticolis, le pied-bot, dans les autres difformités des mains, du poignet, du coude, etc.), est par sa généralité, une preuve analogique de plus de l'identité de nature des déviations de l'épine et des autres difformités où il se rencontre. Quand il me sera possible d'aborder l'histoire des mêmes rapports entre les variétés des déviations de l'épine de cette nature, et les muscles qui décident de ces variétés, cet ordre de caractère acquerra un degré d'importance et d'évidence bien plus marqué.

Enfin, les différentes manières dont les muscles de l'épine peuvent être rétractés par rapport à leur nombre, ou simplement par rapport aux parties dont chacun d'eux est composé, et les différents modes d'action par lesquels se traduit la rétraction à ses différents degrés, fournissent une dernière série de caractères immédiats, à l'aide desquels l'origine des déviations de la colonne qu'elle produit peut *être* mise en évidence.

Comme je l'ai montré pour le pied-bot et le torticolis, le raccourcissement actif des muscles peut, à l'épine, être limité à un muscle ou à une portion seulement d'un même muscle, et les différents éléments de la rétraction, ainsi que je les ai antérieurement établis en faisant l'histoire analytique de ce fait, à savoir, le raccourcissement immédiat, la paralysie incomplète et la paralysie complète avec atrophie peuvent être différemment combinés dans les muscles ou quelques-unes de leurs parties. On peut mieux lire la nature du fait dans sa physionomie ainsi diversifiée par la distribution différente et différemment localisée de ses éléments.

Or, comme tous les états de la rétraction *ont leurs* caractères propres, il n'est pas difficile d'en constater la distribution particulière dans tel ou tel muscle ou dans telle ou telle portion de muscle. C'est ainsi que j'ai vu certaines portions du trapèze complétement rétractées, fibreuses, à côté d'autres portions paralysées, atrophiées, membraneuses, et à côté d'autres muscles sains ; c'est ainsi que j'ai vu tous les muscles du dos entièrement rétractés déterminant un raccourcissement, un rabougrissement extrême du tronc ; c'est ainsi au contraire que j'ai vu encore *quelques* cas dans lesquels le long dorsal seul était *rétracté* à côté du sacro-lombaire qui n'était que passivement raccourci ; d'autres dans lesquels une portion minime seulement d'un de ces deux muscles, un simple faisceau du long dorsal, par exemple, contrastait par sa tension et sa dureté extrêmes avec la consistance normale des parties voisine. C'est là, je le répète, qu'on peut le mieux lire la réalité matérielle de *la* cause ; car ses modes divers de distribution mettent en présence et en contraste les caractères *opposés* des modifications de texture et de *forme* que les différents modes de rétraction déterminent.

Je sais très-bien, et je dois le dire immédiatement pour prévenir ou détruire des objections qui naissent toujours d'un défaut de notion *des choses et* de la manière de les constater, *que cet ensemble* de caractères auxquels j'ai attribué une physionomie si particulière, si frappante, ne se montre pas toujours en reliefs matériels et grossièrement palpables, tels qu'on puisse les lire à toutes les distances et avec tous les yeux. Il existe au contraire beaucoup de conditions qui en masquent les apparences. Jusqu'ici on n'avait constaté d'une manière bien évidente à l'extérieur, les caractères matériels de la *rétraction* musculaire, que dans les muscles sterno *et cléido*-mastoïdiens et dans le tendon d'Achille. *J'ai* indiqué déjà les moyens de saisir les mêmes caractères dans les autres muscles du col, de la jambe et du pied, lesquels peuvent aussi, en vertu de certaines circonstances, être obscurcis. Je ferai connaître dans

Digitized by Google

la suite de ce travail quelles sont ces circonstances pour l'épine ; elles sont assez nombreuses, assez importantes et assez nouvelles, pour que je me réserve des les indiquer dans un mémoire à part. Elles sont d'ailleurs inhérentes à des phénomènes dont la détermination importe à plusieurs autres points de la connaissance et du traitement des difformités.

Si je résume les développements dans lesquels je suis entré, je dirai à l'égard des déviations de nature musculaire active qui n'offrent pas pour la détermination de leur cause essentielle la présence d'altérations matérielles directement constatées du système nerveux, que les uns sont accompagnés d'une collection de caractères généraux d'une même signification, répartis sur les divers points du corps, et au milieu desquels ils prennent place comme parties intégrantes d'un même tout ; que les autres, quoique dépourvus de cet accompagnement général auxiliaire, portent encore avec elles une physionomie spéciale, un ensemble de caractères propres, fournis par la texture des muscles rétractés, par le siége et la direction d'action de ces muscles, par les différents modes de distribution et de combinaison de la rétraction, soit sous le rapport des muscles eux-mêmes et des parties dont ils sont composés soit sous le rapport des différentes manières d'être et d'agir de la rétraction musculaire. Je me réserve, comme je l'ai dit plus haut, de faire l'application analytique de cette formule aux différentes variétés des déviations qui en sont l'expression, et de donner par cette application une nouvelle évidence à cette détermination.

TROISIÈME QUESTION.

Quels sont les différents modes de la rétraction musculaire active, par rapport aux déviations de l'épine, et dans quelle limite doit-elle être circonscrite comme cause ou élément actif de ces difformités ?

Dans les deux premières parties de ce mémoire, j'ai cherché à démontrer la réalité de l'existence de certaines déviations de l'épine par la rétraction musculaire active, et j'ai exposé les caractères généraux propres à faire reconnaître les difformités de cette nature. Je vais maintenant prouver la plus grande fréquence relative de ces sortes de déviations par rapport à celles qui résultent primitivement d'autres causes et montrer que dans ces dernières mêmes la rétraction musculaire active concourt pour une part importante à leur réalisation.

J'ai cité précédemment, parmi les faits qui peuvent établir d'une manière incontestable l'existence de déviations causées par la rétraction musculaire active, les cas où la maladie nerveuse est accompagnée d'une altération matérielle du cerveau ou de la moelle ; j'ai encore cité les cas où la maladie convulsive a été tellement évidente et profonde qu'elle a laissé dans la physionomie et dans l'ensemble de l'économie, des traces matérielles de son existence. Si la rétraction musculaire causant les déviations de l'épine n'était mise en jeu que dans ces circonstances graves quoique assez fréquentes, elle n'absorberait pas à son profit, comme je l'ai dit, le plus grand nombre de ces difformités ; mais il est loin d'en être ainsi, comme on va le voir.

Et d'abord, matériellement parlant, j'ai établi que la rétraction musculaire active pouvait dépendre d'une altération du cerveau, de la moelle ou des nerfs mêmes qui se distribuent aux muscles rétractés. Jusque-là je me suis tenu dans la limite des faits où l'altération nerveuse est en quelque façon palpable. Mais pour que cette altération existe et qu'elle existe au degré suffisant pour produire la déviation de l'épine, il n'est pas nécessaire que le cerveau ou la moelle ou ses enveloppes soient totalement ou partiellement détruits, mais simplement qu'il existe une manière d'être anormale de ces sources de la motilité ou de quelque rameau nerveux seulement d'où naît le raccourcissement spasmodique des muscles. Or le champ de ce phénomène ainsi agrandi dépasse de beaucoup l'horizon qu'on serait tenté de lui assigner.

En effet, ceux qui ont porté leur attention vers les affections nerveuses qui se traduisent par des convulsions, par des troubles passagers, mais réels de la motilité, savent combien le développement de l'organisme est traversé par ces affections. Il suffit de rappeler les principales circonstances où elles se présentent et celles qui en favorisent le développement pour saisir le rapport qu'on avait signalé de tout temps entre les déviations de l'épine et ces circonstances. Est-il nécessaire de rappeler la fréquence des convulsions de l'enfance, celles qui accompagnent presque toujours la dentition, qui compliquent presque toujours à cet âge les maladies éruptives, la variole, la rougeole, la scarlatine, et jusqu'aux moindres affections fébriles? Est-il besoin de faire remarquer que ces convulsions, leurs diverses nuances, se montrent avec d'autant plus de fréquence que les sujets sont plus jeunes, plus débiles, plus nerveux? plus fréquentes chez les enfants des villes que chez ceux de la campagne, chez les jeunes filles que chez les garçons? Or il n'est pas besoin d'insister pour montrer que l'enfance, le séjour des villes, la classe pauvre, la faiblesse de la constitution, la prédominance du système nerveux, le sexe féminin, sont autant de conditions favorables au développement des affections nerveuses spasmodiques. La liaison de ces faits, établie par leur simple rapprochement, l'est bien mieux lorsque l'on considère de plus près l'influence du spasme nerveux

Digitized by Google

sur les muscles et l'influence des muscles atteints de ce spasme sur l'état présent du squelette et sur son développement ultérieur.

On sait en premier lieu qu'il n'est pas rare de voir à la suite des diverses maladies de l'enfance, même à la suite de celles où les convulsions ou le simple spasme momentané ont été si peu prononcés et si passagers qu'on ne les constate pas toujours, on sait, dis-je, que pendant et à la suite de ces maladies, il reste souvent quelqu'un des muscles du cou ou des membres plus ou moins contracturé; cet état se résolvant souvent avec les autres suites de la maladie, n'entraîne pas de difformités. Mais on ne voit que les muscles les plus apercevables comme ceux du cou ou des bras, et leurs effets sur la direction des parties du squelette qu'ils tiennent sous leur dépendance sont d'autant plus prononcés que ces parties sont plus visibles et le siége de mouvements plus étendus. Mais les mêmes phénomènes de spasme ont lieu dans les muscles de l'épine, et si les caractères directs des déviations qui ont cette origine ne l'établissaient pas d'une manière certaine, on pourrait encore l'induire du grand nombre de nerfs qui se distribuent aux muscles de cette région, et qui reçoivent immédiatement par leurs rapports si intimes avec la moelle épinière, les moindres retentissements des affections de cette dernière. L'existence de ces faits ne repose pas d'ailleurs sur ces inductions seulement; il arrive assez souvent qu'on peut prendre directement la nature sur le fait; des déviations de l'épine se forment presque d'emblée comme les torticolis, comme les flexions permanentes du coude, du genou, et comme les pieds-bots, et si on ne les voit pas se développer aussi vite, c'est que les résistances de l'épine sont plus grandes, et les muscles rétractés maintenus dans des gaînes qui les empêchent de se montrer en relief sous la peau. Elles se développent plus tard, plus lentement, mais toujours sous la dépendance de l'affection spasmodique du muscle. J'ai montré, en effet, dans mon mémoire sur l'étiologie générale du pied-bot, que les muscles atteints de rétraction spasmodique sont frappés d'une espèce de paralysie qui les empêche de suivre plus tard le développement du squelette. Ils restent proportionnellement plus courts, et de cette brièveté relative et progressive, résulte nécessairement le déversement, le bridement de la portion du squelette (et de l'épine pour le cas dont il s'agit), point de départ et siége de la difformité.

Voilà donc une série de cas qui étendent légitimement le domaine de la rétraction musculaire. Ces cas peuvent être considérés comme des émanations de maladies internes, dans lesquelles le cerveau et la moelle épinière sont indirectement compromis. Mais il se présente une autre série, celle qui résulte des causes extérieures, causes qui s'adressent directement aux muscles, ou plutôt aux éléments nerveux qui les animent. Les faits renfermés dans cette catégorie ne sont pas moins réels que les précédents.

On sait depuis longtemps que des blessures, des plaies, des abcès du mollet donnent lieu à un raccourcissement des muscles qui le composent, et ce raccourcissement à l'extension permanente du pied sur la jambe, c'est-à-dire au pied-bot équin, n'avait pas encore été considéré dans ses rapports avec la déviation de l'épine. Cependant les cas de contracture par suite de chutes, de coups, de blessures des muscles du dos se montraient assez souvent aux yeux des personnes qui s'occupent de ces maladies : leurs préoccupations étaient telles, et leur esprit était si éloigné du rapport qui existe entre les circonstances dont je viens de parler et la difformité qui en résulte, qu'elles regardaient l'énoncé de ces circonstances comme des fictions imaginées par les malades pour se rendre compte de leur difformité. Elles ne savaient pas, en effet, la liaison qu'il pouvait y avoir entre une chute, un coup donné sur les muscles du dos, et une déviation de la colonne. Non-seulement cet ordre de faits existe bien réellement; non-seulement les muscles contus sont frappés de rétraction; mais les formes anatomiques des déviations auxquelles ces accidents donnent naissance sont empreintes des caractères que j'ai indiqués dans la précédente partie de ce mémoire. Je n'ajouterai pas qu'une foule de maladies accidentelles, comme le rhumatisme, la courbature, les maladies éruptives, peuvent elles-mêmes se résoudre dans la contracture de certains muscles. Il me suffit d'indiquer rapidement ces causes, pour montrer la liaison qui existe entre elles et les difformités qui peuvent en être la suite, car, bien que la lésion nerveuse ne se traduise, dans ces cas, que par la lésion du muscle lui-même, il est impossible, avec nos connaissances physiologiques actuelles, de recuser la justesse de l'induction qui fait remonter de la rétraction du muscle à la *lésion du nerf* qui le dessert. Les muscles n'ont de motilité que par les nerfs; toutes les manifestations de cette propriété leur viennent des nerfs; les maladies nerveuses les mieux constatées modifient directement la motilité, depuis la contracture jusqu'à la paralysie complète : on peut donc, dans les cas où la rétraction spasmodique existe seule, et bornée à un seul muscle, conclure à une affection des rameaux ou filets nerveux qui s'y distribuent, c'est-à-dire, conclure de l'effet à la cause, quand la cause, a été si bien vue produire cet effet.

Tel est le domaine général de la rétraction musculaire active comme cause des déviations latérales de l'épine. Après avoir énuméré les circonstances où cette cause est l'agent exclusif, ou au moins le

Digitized by Google

seul et actif intermédiaire de causes plus éloignées, pour produire la déviation de l'épine, il me reste à démontrer que la rétraction musculaire active envahit encore, dans certains cas, le domaine des autres causes accidentelles de ces déviations, c'est-à-dire qu'elle entre pour quelque chose dans la production d'une partie de ces difformités. Cette circonstance, qui étend et généralise presque le domaine de la rétraction musculaire, comme base de l'étiologie de toutes les déviations latérales de l'épine, pourrait me jeter dans la confusion et l'exagération : je me hâte, pour prévenir cet inconvénient, et donner à cette cause, dernière partie de mon travail, le caractère de la démonstration, que je crois avoir donné aux précédentes, de la subordonner à une question de principe, aussi nettement posée que rigoureusement résolue.

QUATRIÈME QUESTION.

Existe-t-il des moyens certains de distinguer les déviations qui sont le produit de la rétraction musculaire active, de celles qui sont dues à d'autres causes?

En annonçant que le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine sont le produit de la rétraction musculaire active, j'ai implicitement reconnu que d'autres causes, mais moins fréquentes, peuvent donner lieu à des difformités du même nom. Il y a donc à mes yeux, des déviations de l'épine autres que celles qui sont causées par la rétraction primitive des muscles du dos. Je tiens à faire cette déclaration explicite pour n'être point accusé de me mettre en oppositon avec les faits, et en contradiction avec ce que j'ai écrit précédemment. J'ai, en effet, établi, et le rapport de l'Académie sur mes premiers travaux en fait foi, qu'il existe des déviations de l'épine *musculaires passives*, *des déviations musculaires actives* et des *déviations osseuses*. C'est là un fait officiellement authentique. La fréquence relative de ces déviations, par rapport à celles qui m'occupent spécialement aujourd'hui, est inutile à établir pour le moment. Elle l'est implicitement par l'indication que j'ai déjà donnée des conditions dans lesquelles la rétraction musculaire progressive s'exerce. Les rapports numériques entre ces diverses déviations pourront être donnés plus tard, mais sans aucun bénéfice pour éclairer leur origine et leur nature, seul but et seule utilité qu'on doive en général rechercher dans la statistique des faits médicaux, car elle est parfaitement inutile quand l'origine et la nature différentielles des faits sont réellement connues. Mais pour qu'on soit fondé à déclarer cette connaissance rigoureusement établie à l'égard des déviations de l'épine, il faut non-seulement avoir constaté la réalité des causes différentielles de ces difformités, mais les moyens de reconnaître chacune d'elles en particulier quand elles se présentent, et, par conséquent, de ne pas les confondre, car cette condition, importante pour la détermination et la notion scientifiques, ne l'est pas moins pour l'application thérapeutique.

Et d'abord, j'ai établi dès longtemps une loi relative au rapport intime qui existe entre les causes essentielles des difformités du système osseux et les caractères à l'aide desquels elles se traduisent. Cette loi, dont la généralité est loin de se circonscrire dans l'ordre des faits qui nous occupe, établit que « les causes essentielles des difformités du système osseux possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des difformités auxquelles elles donnent naissance, que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres, et à l'aide desquels on peut, en général, par la difformité diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité. » Si cette loi est rigoureusement exacte, elle doit, pour s'appliquer aux difformités de l'épine, résoudre par l'affirmative la dernière question que j'ai soulevée.

Toutes les déviations latérales de l'épine offrent des phénomènes communs et des phénomènes propres. Ce fait est une première conséquence de la loi qui précède. Lorsqu'une cause quelconque tend à faire dévier la colonne de la verticale, dans la condition de la station debout, au même moment a lieu un mouvement instinctif des agents musculaires du tronc, pour maintenir ou rétablir l'équilibre, un instant troublé. Le mode d'action de la cause primitive de la déviation décide et détermine les caractères propres, et les efforts pour rétablir l'équilibre, efforts nécessaires dans toutes les déviations, puisqu'ils tiennent à la verticalité de l'épine, décident et déterminent les caractères communs. Dans toute déviation il y a donc des caractères propres, dépendant d'une cause spéciale, et des caractères communs produits par des conditions dynamiques communes, c'est-à-dire par les conséquences de la verticalité de la colonne. Ce principe était utile à établir, car il fait apercevoir au delà des analogies superficielles, des caractères spécifiques différentiels certains, et il établit la combinaison des caractères des deux ordres, dont il importe de connaître l'existence et le siége, pour ne pas s'exposer à les confondre et conclure de l'existence de certaines ressemblances apparentes, à l'absence de différences et d'oppositions réelles. Or, comment se traduisent les phénomènes caractéristiques de chaque espèce de déviation et les phénomènes communs à tous?

J'ai dit que toute cause de déviation latérale de l'épine se résout nécessairement en une action mé-

Digitized by Google

canique, qui a pour effet de placer cette tige, en tout ou en partie, en dehors de la verticale. J'ai développé ailleurs ce fait, qui est l'intermédiaire absolu, nécessaire, de toutes les causes de déviations latérales de la colonne. La faiblesse musculaire générale, le défaut d'antagonisme parfait entre les muscles homologues du dos, la paralysie de quelques-uns d'entre eux, l'inclinaison anormale du plan de sustentation de la colonne, l'inégalité primitive des deux moitiés du squelette, le rachitisme ou les scrofules, toutes causes parfaitement établies et généralement reconnues, n'ont pas d'autre manière de produire des déviations de cette tige. Eh bien! chacune de ces causes a, comme la rétraction musculaire primitive, son extériorité propre; chacune s'entoure, comme cette dernière, d'une collection d'effets, qui débordent presque toujours le fait et le théâtre de la déviation, mais qui éclairent son origine, chacun met dans la physionomie de la difformité un ensemble de caractères, résultant du rapport intime de toute cause avec les parties qu'elle modifie. C'est ainsi que la faiblesse musculaire et ligamenteuse, qui donne lieu, sous l'action verticale de la pesanteur, à une espèce de déviation de l'épine, se manifeste dans tous les muscles et dans tous les ligaments, dans toutes les articulations du squelette, en même temps que la forme spéciale de la difformité accuse d'une manière rigoureuse le défaut de résistance de la colonne et des muscles destinés à la maintenir contre l'action verticale incessante du poids des parties supérieures. C'est ainsi que, dans une variété de déviations de la même espèce, celle produite par une élongation trop rapide et disproportionnée de la colonne, le défaut de rapport entre la longueur totale du corps et de la colonne entre la hauteur de la taille et l'âge du sujet, joint au siége spécial de ces déviations, à leur forme déterminée, à l'étendue et à la direction de leurs courbures, au rapport de la torsion avec ces dernières, ne laisse aucun doute sur leur origine; c'est encore ainsi que les déviations rachitiques et scrofuleuses, expressions localisées de causes qui occupent toute l'économie, éclairent leur origine au reflet des autres effets de ces mêmes causes, tandis que la manière dont ces causes réalisent la déviation accuse de son côté l'essentialité de leur nature. Il serait trop long de cataloguer ici tous les caractères spécifiques de chaque cause : qu'il me suffise de dire que je les ai formulés ailleurs avec toute la précision nécessaire, et avec tous les développements dont ils sont susceptibles, et on pourra s'en rapporter provisoirement à cette déclaration, par l'application que j'ai faite de cette doctrine à la détermination des déviations par rétraction musculaire active. Or, toutes les déviations essentielles sont, comme ces dernières, reconnaissables à cet ensemble de caractères généraux et locaux, reconnaissables à l'absence des caractères appartenant à d'autres espèces, abstraction faite des caractères communs à toutes. Or, quels sont ceux qui sont communs à toutes les espèces de déviations? Précisément ceux qui émanent d'un certain degré d'intervention de la rétraction musculaire active, qui, comme je l'ai dit plus haut, se mêle à toutes les déviations, concourt à leur développement pour une part très-difficile à déterminer.

J'ai dit plus haut que toutes les causes essentielles des déviations de l'épine, marquaient, chacune à leur manière, le point de départ des difformités auxquelles elles donnent naissance; que ce point de départ consistait en une certaine manière de déplacer la colonne de la verticale. Ce premier élan donné à la déviation, presque aussitôt les muscles de l'épine interviennent pour retenir ou ramener cette tige dans la ligne de gravité, et il s'établit une lutte entre ces deux puissances, la cause de l'inclinaison pathologique d'une part, et les muscles destinés à maintenir l'équilibre de l'autre, lutte à la suite de laquelle se produisent les courbures alternes, dont est toujours composée toute déviation de l'épine. Or, qu'est-ce que cette action des muscles du tronc produisant des courbures de balancement, sinon un mode particulier de la rétraction musculaire active, qui a pour résultat de déterminer un certain degré de raccourcissement dans les muscles employés à la production de ces mêmes courbures, proportionné à l'effort qu'ils doivent faire pour maintenir la colonne dans la ligne de gravité? Ce mode de rétraction, dont la forme, l'influence et les effets sont les mêmes que ceux de la rétraction primitive, essentielle, diffère néanmoins quant à son motif et son origine; c'est pour cela que, si je l'ai placé à la suite de l'histoire de la *rétraction* musculaire spasmodique, comme offrant, dans des limites plus restreintes, certaines indications au traitement chirurgical des déviations de l'épine, je veux aussi lui conserver sa signification différentielle par une appellation propre : je nomme ce mode de rétraction *la rétraction active et secondaire*, et ainsi je la différencie de la rétraction primitive et de la rétraction purement passive qui adopte la forme et les dimensions des muscles au trajet qu'ils parcourent et à l'espace qu'ils occupent. On peut donc dire, pour résumer cette dernière partie de mon mémoire, que la rétraction musculaire active secondaire est l'agent des courbures de balancement dans les déviations dépendantes de causes autres que la rétraction musculaire spasmodique, et que les caractères propres à ces courbures, qui se retrouvent dans toutes les déviations, constituent les caractères que j'ai appelés communs.

Telle est l'étiologie générale des déviations laté-

Digitized by Google

rales de l'épine dans ses rapports avec la rétraction musculaire active. Dans un prochain mémoire, je mettrai cette étiologie générale en regard des variétés anatomiques des déviations qu'elle produit, et je montrerai que chacune de ces dernières est l'expression de la rétraction musculaire active, différemment distribuée dans les muscles de la colonne et du dos.

GAZETTE MÉDICALE. — Juin 1840.

Des ulcérations du col de l'utérus et de leur traitement par la cautérisation.

Les ulcérations du col de l'utérus, quelque superficielles qu'elles soient, jouent un trop grand rôle dans le dérangement de la santé des femmes, pour que depuis quelques années surtout les médecins n'aient porté une attention toute spéciale à la constatation de ces affections, et à l'emploi des traitements propres à en triompher le plus promptement possible. Une étude un peu complète de ces lésions ne peut être faite que dans les hôpitaux, et l'on doit savoir gré aux hommes convenablement placés pour cela, d'aborder pour les élèves ce point difficile et important de pratique, en leur faisant, à l'aide du toucher et du spéculum, reconnaître les maladies de l'utérus, et suivre les effets des traitements au moyen desquels on peut les combattre. C'est ce que pratique tous les mardis, à l'hôpital de la Pitié, M. Lisfranc, qui en outre des malades atteintes d'affections de l'utérus, couchées dans ses salles, a la ressource d'un grand nombre de femmes de la ville qui viennent ce jour-là à sa consultation. Il est bon de recueillir quelques-uns des préceptes qui découlent de son expérience, aussi étendue qu'éclairée sur la matière.

Parmi les femmes actuellement en traitement pour les ulcérations du col de l'utérus, dans la salle Saint-Augustin, se trouvent aux n^{os} 13, 14 et 17, trois malades qui ont arrêté notre attention, parce qu'elles ont particulièrement servi de texte, de la part du chirurgien, à quelques données intéressantes touchant le diagnostic, le pronostic et le traitement des ulcérations du col de la matrice.

La malade du n° 13 est une jeune femme de trente ans environ, entrée à la Pitié il y a quinze jours seulement. Elle présentait au col de l'utérus plusieurs ulcérations avec un certain degré d'inflammation, et par-ci, par-là, quelques élevures sous la forme de boutons. On a employé d'abord les moyens propres à diminuer l'inflammation, et au bout de quelques jours, quand on en a eu triomphé, on a pratiqué sur les ulcérations une seule cautérisation avec le nitrate acide de mercure, qui a suffi pour guérir cette malade.

Cette promptitude dans la guérison est un fait exceptionnel et rare. Il y a plus de dix ans que M. Lisfranc n'avait vu une cautérisation unique guérir des ulcérations qui n'avaient encore subi aucun traitement. L'expérience montre des choses si bizarres à cet égard, qu'en vérité il est impossible pour le médecin d'assigner, *a priori*, une époque pour la guérison de ces lésions, quelque légères qu'elles soient; la résistance de celles-ci à tous les traitements est telle, que M. Lisfranc a vu souvent quinze ou vingt cautérisations nécessaires pour les guérir, tandis que, dans d'autres circonstances, il a vu des femmes, présentant des ulcérations tellement profondes du col de l'utérus avec inflammation que l'on se demandait s'il ne faudrait pas amputer le col, être guéries en cinq ou six semaines par trois ou quatre cautérisations seulement. Ainsi le praticien sage, dit M. Lisfranc, ne peut jusqu'à présent rien établir d'avance de positif, pas même d'approximatif, relativement à l'époque de la guérison des ulcérations du col de l'utérus.

Les malades couchées aux n^{os} 7 et 14 de la salle Saint-Augustin présentent toutes deux des ulcérations de l'orifice du col. En les examinant superficiellement comme extérieurement, le col est sain; à part une augmentation de volume, on pourrait dire qu'il n'y a pas d'ulcération. Ces malades ont été cautérisées au moyen d'un pinceau chargé de protonitrate acide de mercure; leur état s'améliore.

Ces ulcérations de l'orifice sont très-insidieuses et très-souvent méconnues; on les prend pour des rougeurs résultant d'écoulements, et on ne s'en occupe pas. Qu'en résulte-t-il? Que l'ulcération vieillit et s'agrandit, qu'elle remonte dans l'intérieur du col, et que, tandis que l'extérieur paraît sain, le col est évidé, rongé. Il faut donc être fort attentif, car ces ulcérations ont une marche plus prompte et ont plus de gravité à cause du contact des matières irritantes qui s'écoulent de l'utérus. Plusieurs signes peuvent éclairer le diagnostic du praticien. Dans les cas dont nous parlons, les lèvres de la matrice sont très-développées, saillantes, longues, hypertrophiées. Quand on examine au spéculum, les deux lèvres se présentent comprimées l'une contre l'autre; on ne voit pas d'ulcérations. Le col paraît sain, seulement il est plus volumineux. Cet état est déjà un indice, mais comme cet allongement du col peut exister souvent quelques jours avant les règles, ou après leur cessation, il faut porter l'examen plus loin; il faut introduire le doigt dans l'intérieur du col. S'il est sain, le toucher donnera la sensation d'un tissu lisse, poli, comme l'intérieur de la plèvre; et s'il y a des ulcérations, l'impression sera la même que si l'on touchait la membrane de l'estomac enflammée, vil-

Digitized by Google

leuse, ramollie. Veut-on encore un autre moyen de diagnostic, pour savoir si l'on a affaire à de simples rougeurs ou à des ulcérations intérieures? On n'a qu'à introduire un pinceau dans l'orifice du col et à lui faire exécuter quelques mouvements de rotation; s'il n'y a pas d'ulcérations, celui-ci ressortira comme il était entré, au lieu qu'il sera taché de sang s'il y a des ulcérations. Le pinceau étant petit, ce petit écoulement de sang tient au frottement sur les parties ulcérées, et non pas la distension ou la déchirure de ces parties.

La cautérisation à l'intérieur du col, au moyen d'un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure, est le traitement qu'emploie M. Lisfranc, et il atteste n'avoir jamais vu d'accidents provenir de cette cautérisation. Cependant tout le monde sait qu'il y a eu des cas où des injections irritantes dans l'intérieur du col de l'utérus, pour guérir des écoulements rebelles, ont déterminé des métro-péritonites mortelles, et que les mêmes accidents ont suivi quelquefois des injections très-astringentes dans le vagin. Du reste, l'expérience étendue de M. Lisfranc doit rassurer ceux qui voudraient recourir à ce moyen; ce chirurgien qui déclare n'avoir employé longtemps la cautérisation intérieure qu'avec appréhension, est complétement revenu de ces craintes, et il la pratique aujourd'hui avec toute sécurité. La cautérisation des parties saines peut entraîner plus d'accidents que celle des parties malades, parce que l'ulcération a changé leur mode de vitalité. Ces dernières sont beaucoup moins sensibles que les parties saines; de là le précepte de ne cautériser que les points ulcérés.

Un point important de pratique à signaler encore, c'est la réserve du pronostic que l'on doit porter sur les ulcérations simples du col utérin ou de son orifice. Pendant longues années, appuyant son jugement sur des milliers de faits, M. Lisfranc avait toujours dit être certain de la guérison, et avait répondu des suites. Il est plus circonspect, depuis trois ans. Il a rencontré trois cas d'ulcérations simples, légères, survenues chez des femmes d'une bonne constitution, n'étant dans aucune condition fâcheuse, et cependant les moyens les mieux dirigés, employés avec persévérance et docilité, n'ont pas empêché ces ulcérations de passer à l'état carcinomateux. C'est peu qu'un cas de ce genre sur trois mille (car c'est là la proportion que M. Lisfranc établit), mais il faut en tenir compte et les signaler.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Juin 1840.

—

Cancers de la face.

Les cancers des mâchoires, surtout ceux de la mâchoire inférieure, pullulent et repullulent d'une manière vraiment effrayante dans le service de M. Velpeau. Autrefois sans doute cette affection n'était pas plus rare : mais cependant, soit que la nature en fût méconnue, soit que les moyens thérapeutiques inspirassent plus d'effroi et moins de confiance, l'ablation d'une mâchoire était regardée comme une opération remarquable. Aujourd'hui, dans nos hôpitaux, c'est chose très-ordinaire; aussi, dans ce que nous allons dire, et sans que nous voulions diminuer aucunement le mérite et les difficultés du fait opératoire, chercherons-nous pourtant moins à les faire valoir qu'à porter l'attention sur l'histoire de l'affection elle-même. Ce qui nous semble surtout important à noter, c'est la terminaison au sujet de laquelle on risque le plus souvent d'être dans le doute ou dans l'erreur, soit qu'on ait trop tôt perdu de vue le malade, soit qu'on ait recueilli et publié l'observation d'un succès avant que le temps en ait garanti la réalité. De là vient la source des statistiques erronées et des fausses inductions qu'on en tire.

C'est ainsi qu'on aurait pu être trompé au sujet de l'individu sur lequel M. Velpeau a pratiqué l'ablation de toute la mâchoire supérieure, ainsi que nous l'avons rapporté au n° du 28 janvier dernier, et qui, d'après la note insérée au n° du 22 février suivant, laissait encore à cette dernière époque l'espoir d'une entière guérison. Il est au moins certain que, comme opération, l'ablation de cette mâchoire a parfaitement réussi. Aucun accident *consécutif*, soit local, soit général, n'a été amené par elle; sauf un point de suture qui s'était détaché et qui n'a pas repris même après un second rapprochement dont nous avons parlé, la plaie s'était partout ailleurs fort bien cicatrisée. Mais vers la fin du mois de mars, l'intérieur de la bouche fut *rapidement envahi* par des bourgeons de nature *cancéreuse*, à n'en pas douter, qui démontrèrent l'existence d'une triste récidive; le malade, persuadé qu'à l'approche du printemps l'air de la campagne le ferait rétablir plutôt que celui des salles, demanda à retourner chez lui. M. Velpeau, qui n'aurait pas voulu entreprendre une seconde opération, s'empressa d'accéder à son désir. Depuis, on n'a eu de lui aucune nouvelle. Mais c'est le cas de remarquer que si ce défaut de cicatrisation en un point ne l'eût retenu à l'hôpital, il serait sorti trois semaines plus tôt, laissant chacun convaincu de sa guérison radicale. Combien de succès prétendus certains peuvent être ainsi démentis!

— L'individu auquel une portion de la mâchoire inférieure a été enlevée et dont l'observation se

Digitized by Google

trouve au n° du 9 avril dernier a succombé la troisième semaine après l'opération aux suites d'imprudences dans le régime que ses camarades de salle lui avaient fait commettre, mais plus encore aux conséquences d'une débilité générale, et aux ravages d'un érysipèle intense qui avait envahi d'abord la plaie, puis la face, le crâne et une partie du tronc. Au surplus, déjà même la plaie offrait les traces non équivoques d'une fâcheuse récidive qui ne l'eût pas laissé vivre longtemps.

— Depuis, deux autres résections de mâchoire inférieure ont encore été faites par M. Velpeau :

La première sur un sujet âgé de soixante-cinq ans, et qui, opéré, il y a huit mois, d'un bouton cancéreux à la lèvre inférieure, avait vu sa terrible affection se reproduire plus étendue et plus grave. Car cette fois, ayant débuté par l'os lui-même, elle en avait promptement altéré toute l'épaisseur, puis envahi les parties molles environnantes et la majeure partie des tissus au-dessous de la langue et jusques près de sa base; en sorte qu'une énorme tumeur occupait tout le menton et la partie supérieure et antérieure du cou jusqu'à l'os hyoïde. Aucun ganglion n'était engorgé dans les parties voisines. Malgré cette fâcheuse circonstance d'une première récidive, il fallait bien se résoudre à amputer une partie de la mâchoire de cet homme, ou le voir s'éteindre insensiblement, en très-peu de temps peut-être. M. Velpeau crut devoir prendre ce premier parti, et voici en peu de mots comment il procéda à l'opération : La tumeur fut d'abord circonscrite au moyen de deux incisions faites, l'une en ligne droite de la commissure labiale droite jusque vers la partie moyenne du cou un peu au-dessous de l'os hyoïde, l'autre en ligne double à partir de la commissure labiale gauche vers l'angle de la mâchoire et puis de ce point à celui d'arrivée de l'autre ligne; la peau ayant été disséquée en dehors de ces incisions, M. Velpeau passa une anse de fil dans l'épaisseur de la langue, pour se prémunir pendant et après l'opération contre la rétraction de cet organe, et afin de pouvoir la déplacer à son gré. Après quoi, avec la scie à chaînons introduite en dedans de l'arcade dentaire, le corps de l'os fut séparé de chaque côté au niveau des premières petites molaires, et au moyen du bistouri porté profondément au-dessous de la langue, toute la tumeur fut arrachée par la section des parties molles qui la retenaient encore. Pendant le jeu de la scie, on put remarquer le moment où elle divisait le nerf dentaire inférieur par la manifestation d'une douleur très-forte et instantanée.

Depuis l'opération, qui a eu lieu il y a environ trois semaines, il n'est survenu chez ce malade aucun accident local ni général qui pût compromettre sa vie : il n'y a pas eu de réaction, ni fièvre, ni inflammation ; pas d'érysipèle ni aucune complication. La plaie, quoique marchant lentement vers la cicatrisation, était d'un aspect satisfaisant; seulement dans les dix premiers jours, il fut atteint d'une diarrhée qui avait cédé à l'emploi d'agents toniques et astringents; et cependant vendredi dernier, après deux jours marqués par les symptômes d'une asthénie profonde, le malade a succombé.

A l'autopsie on n'a trouvé aucune lésion dans les vaisseaux, au cœur dans les viscères ni dans les cavités séreuses, en sorte qu'il ne reste pas d'autre moyen d'expliquer sa mort, que par le manque d'alimentation. C'est une conséquence qu'il ne faut pas perdre de vue dans toute opération de ce genre, et contre laquelle il n'y a malheureusement guère de ressources, pas même le moyen proposé par M. Lallemand et Delpech, qui consiste à fixer la langue en avant avec un fil d'argent ou autre qui l'empêche de se rétracter; car l'expérience a prouvé que ce procédé était insuffisant et même impossible après quelques jours.

La seconde opération a été pratiquée, le 12 mai dernier, sur une femme âgée de quarante ans, qui fit, sur le visage, il y a trois ans, une chute d'où résulta, dans la région mentonnière, une petite blessure à laquelle elle ne fit pas attention; ensuite elle devint enceinte et pendant le temps de sa grossesse cette partie fut le siége d'inflammations, de turgescences et de douleurs qui prirent bientôt un caractère tel qu'il n'y eut plus à douter de l'existence d'une affection cancéreuse, en voyant une énorme tumeur remplissant tout le plancher de la bouche et s'étendant au dehors depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à l'os hyoïde, passée depuis un an à l'état d'ulcération par deux ouvertures qui s'étaient faites, l'une en dedans, l'autre à l'extérieur, un peu au-dessous du bord inférieur du corps de l'os maxillaire. La tumeur semblait intéresser une plus grande partie de cet os à droite qu'à gauche, ce qui laissa espérer qu'en détachant de ce dernier côté une portion moins étendue en dehors, il serait possible de conserver l'attache de quelques fibres musculaires qui empêcheraient la rétraction complète de la langue; c'est en effet ce qui a eu lieu. Une incision semi-circulaire qui comprenait le point ulcéré en bas, et une dissection de toute la peau qui recouvrait la tumeur sur le menton et qui était saine, ayant été faites, ce lambeau fut relevé sur la bouche et renversé en haut, après quoi la scie à chaînons sépara des deux côtés la portion d'os qu'on voulait enlever, et toute la tumeur fut arrachée avec la masse de parties molles que le bistouri détacha du fond de la bouche. La dégénérescence de l'os qui était devenu comme de nature éburnée, et quelques racines de dents qui se sont rencontrées sous le jeu de la scie, ont rendu son action plus lente et l'opération un

Digitized by Google

peu plus longue. Le lambeau, ayant été rabattu, a été fixé par quelques points de suture entortillée.

Le quatrième jour après l'opération, un érysipèle s'est manifesté autour du nez et des yeux, et s'est promené sur toutes les autres parties du visage, puis a fini par s'éteindre, dans l'espace d'une semaine, sans autre médication que le seul emploi d'une pommade spécifique que M. Velpeau expérimente depuis quelque temps, et dont nous parlerons bientôt dans le résumé de ses leçons sur les érysipèles. Cependant, la cicatrisation de la plaie se faisant au mieux, et nul autre accident n'étant venu entraver la guérison, la malade, qui est celle présentée à la dernière séance de l'Académie de médecine, a quitté l'hôpital jeudi dernier, ayant recueilli le résultat le plus satisfaisant de l'opération à laquelle elle a été soumise; car, malgré l'ablation de presque tout le plancher de la bouche, d'une part elle a conservé dans sa langue assez de puissance motrice pour la porter facilement de côté et même en avant; sa parole est encore un peu embarrassée et la déglutition gênée, mais le temps et l'exercice devront bientôt amoindrir ces inconvénients. De l'autre, la cicatrisation s'est faite d'une manière si régulière, et a laissé de si légères traces de difformité, qu'il serait impossible, en voyant cette femme, de deviner quel genre d'opération elle a subi, et surtout de croire que presque tout le corps entier de la mâchoire manque sous ce menton si peu déformé. Mais, ce qui est par-dessus tout avantageux, c'est qu'elle s'en va sans inspirer encore aucune inquiétude au sujet de la récidive. Puisse-t-elle en être toujours à l'abri!

Epulis. Mode de guérison facile et prompt.

A côté de ces affections si dangereuses de la mâchoire, nous mettrons l'observation d'un cas d'abord moins grave dans sa nature, mais qui devient presqu'insignifiant à cause de la manière avec laquelle on peut lui porter un remède sûr et facile.

Un homme s'est présenté, tourmenté par un épulis qu'il porte au bord alvéolaire de la mâchoire supérieure droite, causé, prétend-il, par l'extraction d'une dent faite il y a près de cinquante ans, et qui s'est continuellement reproduit chaque fois qu'on a cru l'avoir détruit. C'est qu'en effet tous les caustiques employés ont été impuissants pour le guérir radicalement.

M. Velpeau s'est servi d'une espèce de tenailles incisives assez fortes, dont le mors, recourbé sur le plat presqu'horizontalement aux branches, et très-convexe en dessus, et se termine par deux bords tranchants creusés en dedans, de manière à offrir une concavité qui puisse contenir tout ce qui doit être détaché. Cet instrument ressemble bien à la triquoise dont se servent les maréchaux. Ces pinces, appliquées sur le bord de l'alvéole malade, emportent d'un seul coup tout ce qu'on en veut retrancher par une section franche et nette, qui comprend à la fois les parties molles et les portions osseuses. Si la surface des tissus altérés était plus étendue que celle des bords incisifs de la pince, il faudrait la réappliquer deux ou plusieurs fois, jusqu'à ce que tout fût détaché, à moins de faire faire un instrument d'une dimension suffisante pour embrasser d'une seule fois toute la partie malade.

On conçoit de quelle utilité peut être cette manière d'opérer s'il ne s'agit d'extirper qu'une petite portion de l'un ou l'autre bord alvéolaire, dans le cas, par exemple, d'une carie, d'une nécrose, d'un cancer commençant ou d'un épulis comme celui dont il s'agit? Cette manœuvre est avantageuse pour le malade et le chirurgien, non-seulement pour l'exécution de l'opération, mais de plus pour ses conséquences immédiates; car, n'ayant à la figure ni plaie, ni solution de continuité, il n'est besoin d'aucun pansement. Il n'y a ni suppuration, ni, par conséquent, aucun des accidents qui souvent l'accompagnent. Un simple gargarisme légèrement astringent suffit; c'est, en un mot, pour le manuel opératoire et son résultat, l'histoire toute simple de l'extraction d'une dent, au point que notre individu qui, au moment même et jusqu'au lendemain, n'avait rien ressenti de plus, quitta aussitôt l'hôpital, bien satisfait d'être, à si bon compte, débarrassé d'une infirmité qui depuis longtemps le gênait beaucoup.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Juin 1840.

Enorme ostéosarcome de la mâchoire inférieure. Amputation du maxillaire inférieur, avec désarticulation d'un côté. Guérison; par M. LISFRANC.

Dans le cours des deux années qui viennent de s'écouler, de fréquentes occasions se sont présentées à M. Lisfranc d'enlever des portions plus ou moins étendues du maxillaire inférieur, et si nous avons négligé de livrer à la publicité les nombreux succès obtenus par le chirurgien de la Pitié, c'est que nous nous reposions dans la confiance qu'il existe déjà dans la science, sur ce point, une masse de faits assez imposante pour créer une conviction à *tous les* chirurgiens consciencieux, habitués à *calculer* les avantages et les désavantages immédiats *ou éloignés* d'une opération avant de l'entreprendre. Cependant, comme on vient d'observer ailleurs et de publier d'autres faits de nature à jeter des doutes sur ce

Digitized by Google

point de la science, nous choisissons entre toutes les autres l'observation suivante, pour la soumettre à l'examen des esprits impartiaux. Ils retremperont leurs convictions dans cet exemple d'une guérison qui se soutient depuis près d'un an, malgré la gravité peu ordinaire de l'affection à laquelle elle a mis un terme inespéré. Ce fait intéresse d'ailleurs à plus d'un titre les amis de la science.

La femme Marie, âgée de trente-huit ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a toujours joui d'une excellente santé avant la manifestation des premiers symptômes de la maladie qui l'amène à l'hôpital. A vingt-trois ans, sans cause connue, quelques douleurs se firent sentir dans la partie postérieure de la rangée dentaire inférieure gauche. Les quatre dernières molaires, qui en semblaient surtout le point de départ, furent enveloppées de fongosités continues à la gencive; on en fit l'extraction. Depuis cette époque, les végétations s'accrurent d'une manière lente, mais continue, et ce côté de la face resta sujet à des fluxions qui se reproduisaient tous les quatre ou cinq mois. Treize ans plus tard (septembre 1837), l'engorgement s'était étendu aux parties molles voisines du point primitivement affecté. Un abcès se forma dans la joue près de l'angle de la mâchoire; on y fit avec le bistouri une ouverture qui resta fistuleuse. Au mois de mars 1839, un nouvel abcès s'ouvrit à peu de distance du premier, et il en sortit plusieurs petits fragments osseux. Abstraction faite des accidents locaux, la malade jouissait d'une santé parfaite, et ne se rappelle avoir éprouvé de douleurs lancinantes à aucune époque.

Avril 1839. A son entrée dans nos salles, elle présente l'état suivant : Tumeur hémisphérique du volume d'un fœtus à terme, s'étendant en hauteur depuis le niveau de la pommette gauche jusqu'au larynx, et transversalement depuis l'apophyse mastoïde et les apophyses transverses des premières vertèbres cervicales jusqu'à la symphyse du menton, et même à quelques lignes par delà, car elle cesse seulement vis à vis la seconde incisive de droite.

Cette énorme masse morbide semble faire corps avec l'os maxillaire inférieur; elle adhère partout à la joue et a envahi plus de la moitié du plancher de la bouche. Elle repousse le pharynx en arrière et en bas, et si cet organe n'est pas fondu avec elle, au moins doit-il lui être étroitement appliqué; en ce point même sa muqueuse est un peu molle et tomenteuse au toucher. L'adhérence à l'os hyoïde est manifeste. L'articulation temporo-maxillaire est encore libre; il s'en faut tout au plus de quatre lignes qu'elle ne soit envahie. La peau qui recouvre la tumeur, sillonnée par de très-grosses veines variqueuses, est ulcérée vers son centre, dans une étendue de dix à douze lignes, et une sonde introduite par cette solution de continuité pénètre sans peine dans la cavité buccale en traversant la masse morbide. Celle-ci donne la sensation d'une coque osseuse, interrompue en certains points où l'on trouve une résistance bien moindre et une sensation mal définie de fluctuation. Un pus fétide, assez épais, coule peu abondant par la solution ulcéreuse de la joue.

La langue fortement refoulée à droite, n'a souffert aucune altération organique. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, appliqué sur la partie postérieure et inférieure de la tumeur, qui le porte fortement en dehors, lui adhère intimement; il est compris dans un pli fortement tendu que forme la peau dans la même direction que le muscle lui-même. On cherche en vain les battements des carotides au-dessus du niveau de l'os hyoïde. N'omettons pas d'observer que la tumeur s'avance vers l'apophyse mastoïde et les apophyses transverses des deux ou trois vertèbres cervicales, mais n'a pas contracté d'adhérences avec elles. La respiration est peu gênée; la mastication impossible; l'articulation des mots très-confuse.

Après cette description, il est inutile de faire ressortir les énormes difficultés que devait offrir cette opération, si même elle était jugée praticable; et quelle que fût la confiance de M. Lisfranc dans des succès récents encore, les hommes consciencieux comprendront les doutes qui lui vinrent en face d'une telle entreprise; ils apprécieront les motifs qui le déterminèrent à faire pour un malade de l'hôpital ce que tous les jours on fait pour les malades de la pratique privée, à s'éclairer des conseils de quelques-uns de ses confrères. MM. Marjolin, Serres et Blandin répondirent à l'appel philanthropique du conseil des hôpitaux; M. Lisfranc leur adjoignit MM. Robert et Pinel-Grandchamp. L'opération fut jugée présenter de très-grandes difficultés, et on n'y conclut que dans la conviction que la malade était menacée d'une mort très-prochaine. « Notre conscience était rassurée, dit le chirurgien de la Pitié; nous n'hésitâmes plus. Nous mîmes cependant quelques jours d'intervalle entre cette consultation et l'opération, et ces jours furent employés à faire des essais sur le cadavre. Ces essais, nous avons pour habitude de nous y livrer toutes les fois que nous sommes prêts d'entreprendre des opérations insolites, et quoi qu'en aient dit certaines personnes, plus d'une fois nous y avons trouvé d'heureuses modifications aux procédés ordinaires; toujours au moins nous en avons rapporté plus de confiance dans notre entreprise. Dans le cas qui nous occupe, nous avions projeté, si la section de l'os maxillaire ne nous donnait pas assez d'écartement pour disséquer la tumeur en dedans jusqu'à ses dernières limites, nous avions projeté, dis-je, d'enlever le menton par un second trait de scie. Dans la prévision qu'arrivés sous la base de la langue, la tumeur gê-

Digitized by Google

nerait nos manœuvres, nous avions aussi formé le projet d'y faire une section transversale, à un demi-pouce au-devant du pharynx, et d'enlever d'abord la mâchoire avec tout ce qui lui resterait adhérent; enfin nous avions trouvé un procédé très-simple pour faire la section du crotaphite, sans nous exposer à ouvrir les artères temporales. »

C'est encore dans ses recherches sur le cadavre que M. Lisfranc a déterminé d'une manière plus précise les rapports de la carotide externe avec l'os maxillaire inférieur; au lieu de s'appliquer immédiatement contre le bord postérieur de la branche de cet os, l'artère marche à une distance de plusieurs lignes, et ne lui devient contiguë qu'à un travers de doigt au-dessous du lobule de l'oreille. Fait important dont il est inutile de déduire les conséquences chirurgicales.

L'opération fut faite le 24 juillet 1839, en présence et avec l'aide de MM. Robert, Pinel-Grandchamp et Chassaignac. Je ne crois pouvoir mieux faire que de rapporter les termes dans lesquels elle a été décrite par le chirurgien lui-même :

1° Incision à la peau. Le lambeau est disséqué de bas en haut, avec beaucoup de peine, à cause de son peu d'épaisseur et des adhérences fibreuses qu'il a contractées en certains points, ceux surtout où existent d'anciennes cicatrices. Quand ce premier temps a été terminé, on avait déjà tordu quinze artères sous-cutanées, considérablement développées. Jugez de l'impatience, des craintes, qu'un tel début devait nous inspirer pour le moment où nous porterions l'instrument tranchant sur les parties profondes; mais nous étions rassurés parce que des mains exercées tordaient les vaisseaux à proportion qu'ils étaient ouverts, sans qu'il nous fût besoin d'interrompre nos manœuvres. Après nous être bien assurés par la vue, et surtout par le toucher, du point où l'os finissait d'être malade, nous fîmes l'extraction de la canine droite qui en marquait la limite, et aussitôt nous divisâmes l'os en ce point, à l'aide d'une scie. Notre doigt put alors être porté dans le pharynx, et nous sentîmes avec bonheur que cet organe ne se déplaçait que peu quand on tirait en dehors la mâchoire et avec elle la tumeur. Dissection du plancher de la bouche, faite à peu de distance en deçà de la ligne médiane à gauche. Ligature de l'artère linguale. Une érigne implantée dans la langue servait à la maintenir et à l'empêcher de se renverser en arrière sur le larynx, comme on en a plusieurs exemples. Négliger cette précaution, serait s'exposer à voir le malade s'asphyxier, d'autant plus que nous n'avons jamais vu la petite plaie qui en résulte entraîner le plus petit inconvénient.

Arrivés sur le pharynx, nous le trouvâmes très-aminci, collé contre la face interne de la tumeur; cependant, grâce à la précaution que nous prîmes d'en faire la dissection avec des ciseaux, lentement et en quelque sorte coupant lame par lame le tissu cellulaire, nous terminâmes cette partie difficile de notre opération, sans faire subir au pharynx aucune perte de substance.

Section des muscles ptérygoïdiens à leurs insertions maxillaires. Ici nous avions à redouter la lésion des carotides; nous avons éludé la difficulté en faisant porter la tumeur fortement en avant et en dehors, pendant que, d'autre part, les doigts de M. Robert, appliqués largement sur le trajet de ces vaisseaux, que nous avions mis à découvert en disséquant la partie inférieure de la tumeur, les maintenaient en place, en même temps qu'ils les indiquaient à l'opérateur. Le moment était venu de couper le crotaphyte à son insertion maxillaire et de désarticuler l'os afin de pouvoir attirer plus facilement en avant et en bas la partie supérieure de la tumeur. Au lieu de diviser les fibres musculaires avec le bistouri, des superficielles aux profondes, nous procédâmes de manière à éviter sûrement la section des artères temporales, qui n'échappent guère au tranchant quand on suit le premier procédé; nous employâmes les ciseaux et nous divisâmes le muscle le plus près possible de son insertion à l'apophyse coronoïde, que nous avions fortement basculé en bas au-dessous de l'arcade zygomatique. Nous recommandons aux chirurgiens ce procédé, que nous avons employé ici pour la première fois, et que nous avons trouvé dans nos essais sur le cadavre. Nous reprîmes alors le bistouri, et, rasant l'os d'avant en arrière, nous arrivâmes à son condyle. A la première traction que nous exerçâmes sur lui, il se détacha de son col, complétement vermoulu; nous le laissâmes là provisoirement pour continuer l'isolement de la tumeur. Celle-ci fut attirée fortement en avant, les gros vaisseaux étant toujours maintenus immobiles, et, par surcroît de prudence, au lieu de l'instrument tranchant, nous glissâmes derrière elle nos doigts et, déchirant lame par lame les adhérences cellulo-fibreuses qui la retenaient encore contre la partie antérieure et latérale, de la colonne, contre la portion mastoïdienne du temporal, etc., etc., nous la sentîmes tomber brusquement dans nos mains. Nous avions détruit lentement, et en explorant avec attention tous les points où devait agir l'instrument, les adhérences avec le sterno-cléïdo-mastoïdien et le larynx.

Nous revînmes au condyle : tout le monde sait les difficultés que présente son extraction dans les cas où une balle a brisé le col qui le soutient. Avec des connaissances anatomiques certaines, on y parvient cependant très-méthodiquement et sans hésitation. Nous le saisîmes par son court pédicule, et, le tirant fortement à nous, nous fîmes d'un seul coup pénétrer notre bistouri dans l'articulation d'avant en

Digitized by Google

arrière, et derrière lui sont presque immédiatement accolées la maxillaire interne, la temporale et la terminaison de la carotide externe. Saisissant donc le condyle lui-même avec le pouce et l'index, nous l'en éloignâmes par un mouvement de bascule, et il nous devint facile d'en achever sans encombre l'isolement. »

Pansement. La malade, rapportée à son lit, fut laissée sans pansement trois quarts d'heure environ, pour donner au spasme des petits vaisseaux le temps de cesser et permettre de manifester leur présence dans la plaie. Après nous être ainsi prémunis, le plus complétement possible contre toute crainte d'hémorrhagie, nous procédâmes au rapprochement des bords de cette immense solution de continuité. La plaie centrale du lambeau, car M. Lisfranc avait enlevé toute la portion ulcérée, fut réunie par douze points de suture entrecoupée. Le même genre de suture fut employé depuis l'extrémité supérieure de la plaie jusqu'au-dessous du menton; enfin, pour obtenir une cicatrice le plus linéaire possible, on se servit d'épingles pour l'extrémité droite de la plaie dans toute la hauteur de la lèvre, de son bord libre à la base de la mâchoire. Sur l'une d'elles est fixé un fil qui embrasse dans son anse les tissus placés sous la langue, et a pour destination de maintenir cet organe en place. Afin d'épargner toute compression au lambeau si mince que nous avions à redouter le sphacèle, pour tout appareil nous laissâmes pendre au-devant un linge fin, fixé au bonnet de la malade, et on lui recommanda d'incliner sa tête à gauche pour éviter les tiraillements.

Anatomie pathologique. La tumeur, considérée en masse, a la forme d'un ovale, ayant aux deux extrémités de son plus grand diamètre, d'une part le col et le condyle, séparés comme on le sait; de l'autre, la portion saine du corps de l'os sur laquelle a porté la section. Pour n'avoir plus à m'occuper de ces deux objets, ajoutés à la tumeur comme des espèces d'appendices, je dirai du premier qu'il se dégage de la masse ostéo-sarcomateuse brusquement, sans transition. Long de trois à quatre lignes, il supporte le condyle atrophié comme lui-même, et plus que lui coloré en bleu; coloration qui indique à travers le cartilage d'encroûtement parfaitement sain l'état d'injection, d'infiltration sanguine en quelque sorte du tissu spongieux. En vain cherche-t-on à côté de lui l'apophyse coronoïde; elle est confondue dans la tumeur, et lui appartient assez intimement pour qu'on ne puisse l'en séparer dans la description. Si nous revenons à l'autre extrémité, nous ne trouvons rien de fort intéressant sous le rapport anatomique; mais sous le rapport chirurgical tout nous intéresse: la surface de section indique un état parfaitement normal de l'os, et cet état existe encore dans une longueur de quatre lignes avant que commence le renflement morbide. Le périoste en semble seulement un peu épaissi. A sa face postérieure ou interne sont insérés les muscles géniens, complétement sains. Le plus grand diamètre de la tumeur s'étend donc du condyle à la surface de section; il est de six pouces et quart, et la circonférence qui passe par ses deux extrémités est de quinze pouces. Sous de telles dimensions, une tumeur pleine pèserait trois ou quatre fois plus que celle-ci ne pèse; nous en verrons dans un instant la cause.

Avant toute préparation, la tumeur fait naître l'idée d'une coque osseuse très-mince, transparente dans plusieurs points, revêtue d'une membrane épaisse formée tant par le périoste hypertrophié que par les quelques fibres musculaires pâles, clairsemées, qui représentent en avant le masséter, et en arrière les muscles du plancher de la bouche par des brides cellulo-fibreuses, et par des filets nerveux très-nombreux qui ne semblent avoir subi aucune désorganisation, et qui appartiennent à la septième paire. Cette coque osseuse en plusieurs endroits est interrompue et remplacée par l'enveloppe membraneuse dont nous venons de parler, et qui par places a la consistance cartilagineuse; disposition qui rappelle parfaitement celle du crâne d'un fœtus de quatre mois. Cette description porte surtout sur les faces antérieure, postérieure et inférieure de la tumeur. Sa partie supérieure, celle que nous pourrons nommer alvéolaire, mérite d'être décrite à part; elle forme une masse compacte. Recouverte par la muqueuse gingivale épaissie, pâle et très-adhérente aux tissus sousjacents avec lesquels elle se confond, elle garde la trace des alvéoles représentées par de légers enfoncements; trois incisives sont encore à leur place. Quand on incise cette portion de la tumeur, elle crie et résiste comme le squirrhe, et donne les sensations de lamelles osseuses disséminées dans son épaisseur. Etudiée dans sa texture intime, elle offre une masse blanc-grisâtre, traversée par des intersections fibro-osseuses, et laissant suinter, quand on la presse, un liquide roussâtre mêlé de grumeaux blancs. On n'y découvre pas de traces de vaisseaux; toutefois, à son centre, elle est creusée d'une cavité à parois plus molles et rougeâtres, contenant une sorte de détritus grumeleux coloré en rouge. Une autre cavité est remplie d'un pus épais et de couleur foncée. Des alvéoles il n'existe, et très-incomplètes encore, que celles des deux incisives gauches; les autres semblent disséminées en débris dans la masse morbide.

La partie de la tumeur dont je viens de donner l'examen formait la saillie du plancher de la bouche; elle répond, ai-je dit, à la région alvéolaire de la mâchoire. L'autre partie, dont il me reste à donner la description, et qui est formée par la portion basilaire du corps de l'os et par sa branche, constitue

Digitized by Google

une coque osseuse dont j'ai déjà décrit l'extérieur; l'intérieur en est partagé en une foule de cavités régulièrement arrondies, de diamètres très-variés, depuis celui d'un grain de chénevis à celui d'une très-grosse noix. Ces sortes de kystes, à parois ostéo-cartilagineuses, sont tous tapissés par une membrane blanche, compacte, épaisse, qui n'est peut-être que la membrane médullaire du tissu spongieux transformée. Ils contiennent un liquide filant très-limpide dans les uns, rouge noirâtre dans les autres, et comme mélicérique. Quelques stries bleuâtres rampant sur la face interne des plus volumineuses d'entre ces locules, semblent appartenir à des veinules.

Enfin, pour compléter cette description, je dirai qu'il n'existe nulle trace du canal dentaire ni du faisceau nervoso-vasculaire qui le parcourt, que le nerf lingual est resté en partie sur la tumeur, où je n'ai pu retrouver l'hypoglosse, qui probablement aussi a été coupé; que la glande sublinguale est restée adhérente au lieu qu'elle occupe normalement et semble complétement saine; enfin que l'on cherche en vain des traces de la glande sous-maxillaire.

Je laisse aux lecteurs à tirer les conséquences de cette description; je dirai seulement que l'altération organique bien plus avancée dans la partie alvéolaire de la tumeur, semble avoir débuté par là et non par le canal dentaire. La même conséquence m'a semblé ressortir de la dissection de quatre ou cinq autres pièces du même genre; je n'en conclurai cependant pas que toujours les choses se passent ainsi; mais au moins me sera-t-il permis de croire que l'ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure part bien plus souvent des alvéoles que ne le pensent ceux qui ont écrit qu'il débute toujours dans le canal dentaire.

Je reprends le fil de mon observation, et je vais me borner à indiquer les points saillants, les seuls capables d'intéresser les praticiens, qui ont vu assez souvent le travail de cicatrisation pour que je ne les ennuie pas de détails surannés.

Dès le deuxième jour, il existait sur tout le voisinage des bords de la plaie une rougeur érysipélateuse peu intense, et le lambeau présentait à son bord inférieur une teinte bleuâtre, telle que celle qui annonce la gangrène. En effet, malgré l'application du chlorure d'oxide de sodium, il se détache du quatrième au cinquième jour du lambeau une eschare formant une bandelette qui s'étend depuis le niveau du lobule de l'oreille jusqu'au-dessous du menton, et à quatre ou cinq lignes de largeur. Il est à remarquer que cette gangrène a frappé la partie du lambeau placée sous la perforation centrale, comme si elle résultait de l'isolement presque complet de cette même partie. Quant à l'érysipèle, il a disparu sous l'influence de l'axonge. L'état général est toujours resté des plus satisfaisants.

Au 1er août, on avait enlevé les dernières épingles. Une petite collection purulente s'est formée dans la cavité glénoïde du temporal; c'est ce que nous avons toujours vu; on a soin de l'évacuer fréquemment par des pressions ménagées. Le lambeau adhère presque partout aux tissus subjacents; mais la chute de l'eschare a laissé un vide dont j'ai déjà indiqué les dimensions en décrivant l'eschare elle-même. Le fond en est presque partout ouvert dans la cavité buccale. Les aliments et la salive passeraient en presque totalité par cette grande fistule si on n'avait soin de la remplir de charpie. On a d'ailleurs recours à la compression et aux bandelettes agglutinatives pour faciliter le rapprochement des bords.

Quatorzième jour. La malade a commencé à se lever et même à sortir. Elle reprend sa coloration et son embonpoint. La mastication est encore impossible, mais on y supplée par des viandes hâchées. L'articulation des mots commence à être passablement distincte.

La fistule résultant de la gangrène d'une partie du lambeau se rétrécit progressivement d'une manière très-sensible. M. Lisfranc attend beaucoup des efforts de la nature. Par analogie avec d'autres cas de réparation spontanée des déperditions de substance dont il a été témoin, il espère sinon une oblitération complète, au moins une grande diminution, et il se contentera de favoriser ces efforts réparateurs par des pansements appropriés. S'il faut d'ailleurs recourir à une opération pour achever ce que la nature laisserait inachevé, on la fera avec d'autant plus de sécurité qu'on sera plus éloigné de la première opération, pour des raisons faciles à comprendre. Je ne dois pas omettre de dire qu'à cette époque la langue tendait à s'engager par sa pointe entre les bords de la fistule et à faire saillie au dehors de la moitié de son étendue antéro-postérieure. La compression et le rétrécissement progressif de la fistule firent disparaître cette disposition.

Mois d'octobre. La fistule, qui d'abord était assez large pour permettre l'introduction de *quatre doigts* réunis, permettait maintenant à *peine* l'introduction de l'extrémité de l'indicateur. Mais cet état depuis quelques jours reste stationnaire; il est évident qu'on n'a plus rien à attendre des efforts de la nature. Un assez longtemps nous sépare d'ailleurs de la première opération; l'état local et l'état général de la malade sont assez satisfaisants pour qu'il soit permis de tenter un effort définitif.

Enlever le tissu inodulaire dans toute l'étendue de la fistule, détruire son organisation muqueuse accidentelle, en rapprocher les bords par la suture: telle était la marche à suivre. Cette opération ne fut pas aussi facile qu'il paraît au premier coup d'œil. L'opérateur avait à agir dans une sorte d'infundibulum résultant de l'enfoncement de la joue vers la

Digitized by Google

cavité buccale, sur des tissus excessivement durs, et il fallut avec une petite planchette, introduite dans la bouche, repousser en dehors les lèvres de la fistule que rien n'avait pu empêcher de se replier sur elles-mêmes de dehors en dedans. Douze épingles furent nécessaires pour mettre en contact les bords saignants de la plaie, qu'on venait de substituer à la fistule, et qui présentait une étendue double au moins.

Dès le second jour, une rougeur de tous les tissus environnant les épingles, nous annonça le début d'un érysipèle. Au troisième jour, cet adversaire obstiné de toute opération chirurgicale était définitivement établi et avait anéanti toute chance de réunion par première intention. Les épingles commençaient à couper la peau ; elles furent enlevées et on continua les applications fréquemment renouvelées de l'axonge. L'érysipèle ne tarda pas à s'éteindre ; mais il restait une fistule dont les dimensions différaient peu de ce qu'elles avaient été un mois après la première opération. C'était à désespérer le chirurgien, s'il n'eût eu déjà, et sur la malade elle-même et sur un grand nombre d'autres sujets, l'occasion d'observer tout ce que peut la nature livrée à elle-même pour la réparation des déperditions de substance siégeant surtout à la face. En effet, comme si cette tentative avortée eût ranimé la vitalité des tissus, ils recommencèrent à marcher de la circonférence au centre avec plus d'énergie que jamais et, vers le milieu du mois de novembre, de cette grande solution de continuité il ne restait plus qu'une petite fistule admettant à peine une sonde de femme dans sa capacité. La guerison fut complétée par l'introduction entre ses bords du nitrate d'argent taillé en forme de crayon et de la compression, et, à la fin de décembre, Marie put rentrer dans sa province après avoir été présentée à l'Académie de médecine.

Cette femme était bien moins défigurée qu'on ne pourrait le croire *à priori*. La mastication se faisait suffisamment avec ce qui lui restait de la mâchoire à droite, et elle articulait les sons, sinon comme avant son opération, au moins de manière à se faire comprendre sans peine.

22 mai 1840. Marie vient d'écrire à l'une de ses amies d'hôpital ; elle la prie d'exprimer sa reconnaissance à M. Lisfranc. Elle ajoute que sa santé n'a fait que s'améliorer, et que son opération excite l'admiration des médecins de sa province qui avaient pu apprécier toute la gravité de sa maladie.

GAZETTE MÉDICALE. — Juin 1840.

—

Sur un nouvel appareil pour la fracture de l'os maxillaire inférieur; par M. MALGAIGNE.

Il faut bien, avant tout, que les chirurgiens se pénètrent de cette conviction : que le traitement spécial des fractures a été trop longtemps abandonné à une routine aveugle et servile à la fois ; que, pour la plupart des os fracturés, les appareils ordinaires sont impuissants, et ne donnent que des résultats honteux pour l'art et fâcheux pour les malades. Sans parler des complications, qui oserait promettre un cal sans difformité dans les fractures de la mâchoire inférieure, de la clavicule ; la difficulté est universellement avouée, car je n'admets pas pour ma part que la chirurgie soit beaucoup plus triomphante dans la plupart des autres fractures. Que cette pénurie de l'art demeure donc une fois bien reconnue, et l'on sentira la nécessité de sortir de l'ornière où il se traîne si négligemment, et de chercher des moyens nouveaux, quand les moyens connus sont frappés d'une éternelle impuissance.

J'ai été le premier, peut-être, à conseiller d'appliquer la suture à certaines solutions de continuité des os. Ma griffe pour la rotule n'est autre chose, en effet, qu'une suture; et après avoir essuyé toutes les objections de la théorie, elle a enfin été appliquée sur le vivant sans le moindre inconvénient. M. Flaubert (de Rouen) a appliqué ensuite la suture entrecoupée aux fragments même d'un humérus soumis à la résection pour une fracture non consolidée ; voici enfin M. Baudens qui propose un procédé qui n'est pas sans analogie avec les précédents pour certaines fractures de la mâchoire inferieure. Rappelons d'abord l'observation ; nous essaierons ensuite d'apprécier la valeur du procédé.

Le 4 mai dernier, un chasseur tombe de cheval, et se fracture l'os maxillaire inférieur au niveau de la deuxième molaire gauche; la fracture, compliquée de plaie et de quelques esquilles, était oblique de haut en bas et d'arrière en avant ; le fragment postérieur était fortement attiré en dedans, et le déplacement se reproduisait à l'instant où l'on cessait de tenir les fragments en contact : M. Baudens songea à les entourer d'une véritable ligature. Je me servirai ici de ses propres paroles.

« On peut se servir, pour engager le lien autour de la fracture, d'une aiguille à suture ordinaire, surtout quand il y a plaie aux parties molles ; mais mieux vaut recourir à l'aiguille à suture que j'ai modifiée. Sa longueur est de huit centimètres, sa partie moyenne est flexible pour lui donner telle courbure qu'il plaît à l'opérateur, et elle est percée de deux chas, un près de sa pointe, et l'autre à sa base. Un lien serré et formé de six à huit fils ordi-

naires, doit être engagé au préalable dans les deux chas, et l'aiguille, ainsi armée, est saisie par la main droite de l'opérateur, dont la main gauche maintient les fragments en rapport, en plaçant en opposition le pouce sous le rebord de la mâchoire, et l'indicateur sur l'arcade dentaire.

» A l'aide de ces préliminaires, l'opérateur dirige la pointe de l'aiguille sur le bord inférieur de la mâchoire, contourne la face interne de cet os, et la fait ressortir dans la ligne qui sépare la gencive du collet de la dent, suffisamment pour que le fil engagé dans le chas situé près de la pointe de l'aiguille, puisse en être extrait dans la bouche. Ce premier temps de l'opération terminé, l'aiguille est ramenée sur la face externe de la mâchoire, pour être extraite en totalité par la bouche et en sortir au défaut de la gencive. L'opérateur saisit alors les deux chefs du lien, et fait par lui-même, ou par le secours d'un aide, une ligature fortement serrée autour des fragments préalablement mis dans un rapport intime et normal. Ces chefs sont ensuite divisés et laissés au dehors de la bouche pour que plus tard ils puissent servir de conducteur au bistouri pour la section du lien circulaire quand il devra être retiré. »

Le sujet pansé de cette manière (la plaie extérieure fermée d'ailleurs par des points de suture), fut présenté à l'Académie de médecine, le treizième jour de sa blessure; tout allait bien; et cependant la nouveauté de la chose effraya les imaginations, et le procédé accueilli avec une réserve, et je dirais volontiers, une méfiance générale, suscita de nombreuses objections, qui toutes pourraient se réduire à celles-ci :

1° Il n'y avait nulle nécessité à soumettre le patient à une opération pénible;

2° Elle exposait à la destruction du périoste et à la nécrose de l'os.

Disons d'abord que la ligature a été retirée le vingt-troisième jour sans aucun accident, laissant l'os régulièrement et complétement consolidé. C'est une grande réponse à la deuxième objection, et avant ce résultat même, il était permis de présumee qu'il n'y aurait point de nécrose. Mais cette nécrose, qui n'aurait jamais atteint que la portion osseuse en contact avec le fil, et dans une très-petite étendue, cette nécrose eût-elle dû avoir lieu, peutr être le procédé méritait d'être employé encore. En effet, que serait-il arrivé? Le cal formé, la ligatur. enlevée, quelques semaines auraient suffit à l'exfoliation de la lame nécrosée, et la guérison eût suivi. Je ne parle pas de ces constitutions exceptionnelles, chez lesquelles, pour la moindre cause, les os s'affectent dans une grande épaisseur; Monteggia a vu, à la suite d'une fracture de la mâchoire déterminée par un coup de bâton, survenir l'inflammation et la suppuration du périoste de l'os tout entier; il y eut une nécrose complète, et le blessé même succomba. Si, dans ce cas, le procédé de M. Baudens eût été mis en usage, on aurait bien injustement attribué la nécrose à la ligature.

Je regarde donc ce danger comme peu à craindre, et d'autant moins que dès les premiers symptômes il serait facile d'enlever le lien. Il reste une question bien plus grave à aborder; est-il nécessaire de soumettre des malades à une opération douloureuse et toujours un peu sanglante, et n'avons-nous pas des moyens aussi sûrs et plus doux?

Sachons d'abord bien distinguer les faits. Il y a des fractures de la mâchoire sans déplacement aucun, ou avec un déplacement si léger, que les sujets ne se soumettraient pas à un appareil quelque peu gênant pour éviter une difformité presque insensible; pour ces cas, le nouveau procédé est inutile.

Il y a des fractures tout à fait verticales de l'os avec ou sans déplacement, où la ligature serait aussi fort peu convenable.

Il y en a d'autres où le déplacement est considérable, rebelle; toutefois la fracture n'a lieu qu'en un point; le sujet a toutes ses dents; condition favorable à l'application des procédés ordinaires; tel était le cas du blessé de M. Baudens; mais celui-ci offrait de plus une plaie extérieure, complication sinon fâcheuse, du moins fort gênante. Nous possédons cependant, (et ce n'est pas depuis longtemps), mais enfin nous avons des appareils qui suffiraient dans les cas de ce genre; il faudra les comparer avec la ligature, et mettre en balance leurs avantages et leurs inconvénients.

Quatrièmement, le sujet est privé de dents du côté de la fracture; circonstance fâcheuse dans tous les cas, et pour tous les appareils.

Et enfin, il y a fracture double ou multiple avec double déplacement, avec fractures ou absence antérieure des dents, avec plaie même, si vous le voulez : c'est le cas le plus grave qui puisse se présenter pour la contention des fragments.

Examinons donc, pour ces *trois* derniers cas, en quoi consistent les ressources actuelles de l'art. Et d'abord, ce serait en vain que les chirurgiens ne chercheraient l'exposition complète dans les traités classiques ou dans les dictionnaires le plus récemment publiés; ce travail, à part sa portée critique, pourra ainsi être lu avec quelque intérêt sous le simple rapport historique. On peut ainsi ranger les divers appareils selon leur simplicité et presque selon leur efficacité.

1° *La fronde*, inventée par Soranus, recommandée par Arnauld et J. L. Petit. Outre l'inconvénient de tenir le malade bouche close pendant tout le traitement, elle est incapable de maintenir une frac-

Digitized by Google

ture avec un déplacement un peu prononcé ; c'est le plus mauvais de tous les moyens.

2° *La ligature des dents les plus voisines des deux fragments* avec des fils d'or ou de lin (Hippocrate) ou avec un crin de cheval (Celse), etc. Elle paraît au premier abord très-simple à la fois et très-efficace; aussi la trouve-t-on louée par la plupart des auteurs. Je dois dire cependant que les faits relatifs à son emploi sont très-rares dans les annales de la science; j'en connais deux où elle obtint un succès complet, mais c'étaient des fractures de la mâchoire supérieure où il n'y a ni mouvement de totalité, ni action musculaire spéciale sur l'un ou l'autre des fragments. Busch essaya de l'appliquer à une fracture simple de la mâchoire inférieure, dès le lendemain le fil s'était échappé, et il fallut recourir à un autre appareil. M. Bérard jeune a rapporté un fait plus grave ; il s'était servi pour une fracture du même genre, d'un fil d'argent bien recuit qui s'enroulait deux fois autour du collet des dents voisines de la fracture. Le rapprochement fut parfait, et l'immobilité complète pendant quelques jours ; mais bientôt les gencives se gonflèrent, devinrent douloureuses, les dents s'ébranlèrent, et il devint urgent d'enlever le fil qui les unissait. Ajoutez, quelque perfide que soit ce procédé, que le resserrement des dents est quelquefois porté au point de mettre un obstacle invincible à son application ; Bertrandi en a cité un exemple. Enfin, il ne faut plus en parler quand les dents sont usées, cariées, ou manquent absolument près de la fracture.

3° Guillaume de Salicet conseille d'attacher à la fois, avec un fil de soie, les dents qui appartiennent aux deux fragments, et les dents correspondantes de la mâchoire supérieure. Cela serait sans contredit plus solide que la ligature d'Hippocrate ; mais encore cela ne conviendrait qu'aux sujets ayant toutes leurs dents, et aux fractures les plus reculées du corps de l'os maxillaire ; attendu qu'en avant, les dents des deux mâchoires ne se correspondent plus.

4° On trouve dans Théodoric le genre d'un appareil proposé beaucoup plus tard par Boettcher, et qui consiste à placer un petit coussin sur la face externe de la mâchoire, faisant office d'attelle extérieure, et un autre coussin au-dessous de l'os et contre sa face interne, pour remplir les fonctions d'attelle interne. Théodoric en superposait encore d'autres, trempés dans le blanc d'œuf, et soutenait le tout avec une attelle en cuir. Bien que cette pratique ait été plus ou moins suivie jusqu'au dix-huitième siècle, on comprend qu'elle ne saurait remplir son but; on ne peut véritablement apposer sur l'os qu'une attelle externe et une inférieure; et les déplacements demeurent libres et faciles par les deux autres côtés.

5° Muys nous a transmis la description d'un appareil imaginé par un chirurgien allemand, dont le nom est resté inconnu, pour une fracture avec déplacement. C'était une sorte de gouttière d'ivoire dont la cavité embrassait quatre dents, deux de chaque fragment : le malade n'avait que douze ans ; 20 jours suffirent à la consolidation. Cet appareil était demeuré longtemps dans l'oubli ; un siècle plus tard, Boyer en a recommandé un analogue, consistant dans une plaque de liége creusée en gouttière sur ses deux faces, pour admettre à la fois les dents de la mâchoire inférieure et celles de la supérieure.

Je ne sais si l'on pourrait espérer autant de solidité de ces gouttières que des ligatures métalliques ; les faits manquent pour en juger. Mais un premier inconvénient résulte de la présence d'un corps étranger aussi volumineux dans la bouche ; et un second, de la nature même de ce corps étranger, susceptible, surtout le liége, de s'imprégner des sucs fétides sécrétés par la muqueuse buccale, et qui doit, sur la fin du traitement, exhaler l'odeur la plus infecte. Enfin, la méthode elle-même encourt, comme plusieurs des précédentes, le reproche de maintenir la bouche hermétiquement fermée pendant un espace de temps toujours considérable.

6° Un nouveau procédé, ou plutôt une nouvelle méthode dont on a fait honneur à l'Allemagne, fut signalée en 1795 par Chopart et Desault, auxquels il faut restituer leur incontestable priorité. Quand la fracture occupait les deux côtés, ils proposaient de contenir les fragments *au moyen de bandages composés de crochets de fer ou d'acier, placés sur les dents ou sur le bord alvéolaire, couverts de liége ou de lames de plomb, et serrés par des écrous à une plaque de tôle ou à d'autres points d'appui fixés sous la mâchoire inférieure*. En d'autres termes, il s'agit de soutenir l'os par deux attelles, l'une inférieure, placée sous le bord de la mâchoire ; l'autre, supérieure, appliquée sur les dents, toutes deux réunies par une tige intermédiaire. En 1799, un chirurgien allemand, Rutenick, appliqua avec succès un appareil de ce genre ; Busch en imagina un autre en Angleterre, en 1822 ; M. Houzelot fit le sien en France, en 1826 ; et d'autres modifications portent les noms de Kluge, de Jousset, de Lonsdale, etc. Le bois, le fil de fer, l'acier, le fer-blanc ont été successivement employés ; mais le plus simple de tous est celui de Rutenick, dont l'attelle supérieure est en bois ; dont la supérieure est représentée par de petites gouttières d'argent qui s'accommodent à toutes les formes de l'arcade dentaire ; et dont la tige intermédiaire indépendante peut servir à toutes les espèces de fractures, tandis

Digitized by Google

que, dans les autres systèmes, il faut un instrument spécial pour chaque variété de fracture.

Cette méthode semble d'abord posséder une notable supériorité sur tous les procédés antérieurs; elle permet au malade d'ouvrir la bouche, de parler, d'avaler des aliments mous, et même de mâcher la mie de pain; et toutefois, elle n'est pas sans de graves inconvénients. Elle exige un appareil spécial, préparé à l'avance, et quelquefois autant d'appareils différents que de malades. Cela nous toucherait peu encore, attendu la nécessité impérieuse; mais il faut étudier l'action de l'appareil sur le vivant. Rutenick avait inventé le sien pour une dame chez laquelle le déplacement avait résisté à tous les autres moyens; il en obtint un plein succès. M. Jousset réussit également dans deux cas; seulement, son second malade s'étant habitué, à raison de la présence de l'instrument à gauche, à parler avec la partie droite des lèvres, conserva la bouche torse environ quinze jours, après en avoir été débarrassé; mais cela n'a encore aucune importance. M. Houzelot a publié trois observations de fractures traitées par son appareil. Dans la première, l'instrument fut gardé treize jours, après quoi une attaque d'apoplexie dérangea tout, et le malade, affecté de délire furieux, fut transféré à Bicêtre. Le second blessé se plaignit aussitôt après l'application d'une douleur extrêmement vive au bord inférieur de la mâchoire; il y eut une salivation abondante. Dès le sixième jour, les accidents étaient calmés; on enleva l'appareil le dixième, et les fragments ne montrèrent plus dès lors aucune tendance au déplacement. On ne dit pas pourquoi l'appareil fut ôté si vite; il est probable que ce fut à cause de l'inflammation qu'il avait déterminée sous la mâchoire : en effet, il s'y forma un abcès qui dut être ouvert sept jours après la levée de l'appareil. Dans le troisième cas, l'appareil fut gardé trente jours; il se forma également un abcès à l'endroit où avait porté la plaque inférieure. Enfin, je trouve dans le Journal de Graefe une observation d'une fracture double de la mâchoire avec déplacement considérable. L'appareil de Rutenick réussit à maintenir les fragments en contact, mais à l'aide d'une striction telle, que la douleur obligea à l'enlever au bout de quelques jours.

Il est facile de se rendre compte de ces douleurs et de ces accidents. La gouttière inférieure, quelque bien rembourrée qu'elle soit, comprime directement la peau sur le bord tranchant de l'os maxillaire; et il est presque impossible que cette pression, longtemps continuée, n'amène de la douleur, de l'inflammation, des excoriations, et même n'expose à la gangrène. Peut-être diminuerait-on ces dangers si la gouttière était très-profonde, de manière à presser spécialement sur les faces interne et externe de l'os, pour ménager le bord inférieur. Il conviendrait aussi, ce me semble, que la pression, tout en s'exerçant sur les deux fragments, n'agît nullement sur le lieu de la fracture, modification facile à opérer. Mais surtout j'attribue les accidents signalés au peu de souci que montrent les praticiens de l'époque d'élection pour l'application des appareils. Il s'agit ici évidemment de lutter contre l'action musculaire; et vous allez l'affronter quand elle est surexcitée par l'irritation des premiers jours? cela n'est pas rationnel. De même aussi, l'appareil devient inutile quand la consolidation a commencé; ainsi, dans la deuxième observation de M. Houzelot, l'appareil placé seulement le seizième jour, put être ôté le vingt-sixième sans récidive du déplacement. Toutefois, on voit qu'alors même il avait suscité de l'inflammation; en sorte que, toute part faite aux circonstances, il reste quelque reproche à adresser à l'instrument lui-même; et dans les fractures compliquées de plaies et d'esquilles, on ne pourrait s'y fier qu'avec une extrême réserve.

7° J'avais cru pouvoir arriver au même but, d'une manière plus simple et plus sûre, en appliquant deux attelles latérales au lieu d'attelles supérieure et inférieure; en d'autres termes, en agissant sur les faces interne et externe des dents; mais quand j'allai chez M. Charrière pour faire exécuter mon instrument, je trouvai que, pour l'idée première au moins, j'avais été devancé. Le docteur Nicole de Neubourg, département de l'Eure, ayant à traiter une fracture située entre la dernière dent incisive et la canine du côté droit, avait fait construire deux petites attelles courbes en acier, qui devaient passer sur les faces antérieure et postérieure des dents; une petite mortaise en acier, passant par-dessus les dents et les attelles, servait déjà à les maintenir, et supportait une vis qui, en les poussant l'une contre l'autre, devait les empêcher de glisser. J'ignore quel en fut le succès, et je doute qu'il ait été complet. D'ailleurs l'instrument ne convenait qu'à une seule bouche et à une seule portion de l'arcade alvéolaire. Le mien, destiné à servir dans tous les cas et pour toutes les mâchoires, se compose d'une lame de fer doux et flexible, qui s'adapte à toutes les variétés de courbure de la face postérieure de l'arcade dentaire. De ses deux extrémités et de deux autres points intermédiaires, s'élèvent quatre tiges d'acier qui se replient bientôt à angle droit, pour longer la face supérieure des dents, et se replient une seconde fois en bas parallèlement à leur face antérieure. Cette espèce de gouttière à jour embrasse donc en quatre points l'arcade dentaire; et chaque tige étant munie d'une vis de pression, on peut fixer les dents en quatre points contre la lame de fer qui fait fonction d'attelle postérieure. On garantit l'émail par l'interposition d'une lame de plomb, sur laquelle portent immédiatement les vis.

Digitized by Google

Je ne doute pas que, dans un cas simple, sur une mâchoire garnie de toutes ses dents, cet instrument ne puisse remplir son objet; mais je dois avouer que je l'ai essayé une fois sur un malade à la Charité, lequel avait, avec une plaie de tête des plus graves, une double fracture de la moitié gauche de la mâchoire, fort difficile à réduire et plus encore à maintenir réduite. La fracture postérieure, verticale, située près de la branche de l'os, dans un lieu dégarni de dents, aurait résisté même à la ligature de M. Baudens, comme à tous les moyens connus. Je ne m'occupai donc que de la fracture antérieure, et mon instrument ne réussit pas. Le sujet succomba peu de jours après, ce qui empêcha d'autres tentatives; mais, s'il avait vécu, je ne voyais d'autres chances de réunion régulière que dans la suture de l'os proprement dite, c'est-à-dire que j'aurais passé deux fils à travers quatre trous pratiqués avec le foret à travers l'os, ce qui aurait fait un point de suture entrecoupée pour chaque fracture; et en cas pareil, je n'hésiterais pas à agir de cette manière.

Je sais bien que ces résolutions hardies étonnent et effraient même les esprits pusillanimes; mais la chirurgie n'est pas un jeu d'enfants, et elle n'a pas le droit de se tenir les bras croisés quand elle peut agir, et quand son action n'entraînera aucun péril pour la vie du malade. On sait à quelle triste destinée sont réduits les malheureux qui ont eu de ces grandes fractures de la mâchoire; et quand on lit les tentatives longues et pénibles auxquelles se livra Dupuytren pour réunir une fracture non consolidée de cette espèce, chez un officier russe, disposé à tout souffrir pour en guérir; quand on voit ce grand chirurgien, après avoir réséqué les os, obligé de placer de fausses dents pour avoir un point d'appui, de rattacher les dents restantes les unes aux autres; et après avoir eu plusieurs de ses fils cassés, arriver péniblement au soixante-troisième jour, où par bonheur et presque par hasard la consolidation est faite, et troublé cependant dans sa joie par cette circonstance qu'un de ses fils avait presque coupé la moitié de l'épaisseur de la langue; on se demande s'il n'eût pas été mille fois plus simple de recourir à la suture de l'os, qui n'aurait pas eu à beaucoup près tant d'inconvénients. Et en se reportant à l'époque même de la fracture, la nécessité et la haute utilité de cette suture n'en paraîtront que mieux justifiées, puisqu'on aurait ainsi épargné au malade les longues années de souffrances dont il fut enfin délivré par la hardiesse et le génie de Dupuytren.

Voilà le tableau fidèle des ressources de l'art; et, dans cet état des choses, je pense que le procédé de M. Baudens, tout insolite qu'il paraît, doit être accueilli et conservé comme une invention heureuse, même quand il mériterait les objections banales qu'il est aisé de diriger contre toute innovation. Certes, il y a beaucoup de cas où l'on pourra s'en passer; il en est d'autres où il serait inutile et même peu rationnel; mais dans de justes limites, il met une ressource précieuse entre les mains des chirurgiens.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.—Juin 1840.

Grossesse de quatre enfants chez une femme primipare. Exemple de superfétation; par le docteur BOURDOIS.

Jeanne Boucaut, femme Esnault, âgée de trente-quatre ans, mariée depuis vingt-trois mois, enceinte pour la première fois depuis sept mois, accoucha, le 21 avril 1831, à six heures du soir, d'un enfant mâle; d'un second enfant du sexe féminin le lendemain matin à six heures; d'un troisième enfant du même sexe immédiatement après; et enfin un instant après d'un quatrième enfant du sexe masculin. Il y eut une nouvelle évacuation des eaux après le second accouchement.

De ces quatre enfants, les deux premiers nés et le dernier étaient à peu de chose près de la même force, et paraissaient être arrivés au terme de sept mois. Le troisième, beaucoup moins fort et bien moins développé, paraissait n'être parvenu qu'au terme de cinq mois. Les trois plus forts vécurent quelques heures, et purent être baptisés à l'église. Le plus faible ne vécut que quelques secondes.

Il y avait deux arrière-faix : l'un situé à la partie supérieure de la face latérale droite de l'utérus présentait trois cordons; l'autre, situé à la partie supérieure de la face latérale gauche, n'en avait qu'un. Pour délivrer cette femme, je fus obligé d'introduire la main dans l'utérus. Le placenta, qui n'avait qu'un cordon, se sépara aisément de l'autre placenta auquel il adhérait par une petite portion de sa circonférence. Ce dernier était si adhérent à la matrice, qu'il fallut l'en détacher avec les doigts. En l'examinant, je m'aperçus qu'il en était resté quelques petites portions. J'aime mieux les abandonner que de chercher à les extraire. La malade présenta ensuite tous les symptômes d'une métrite qui fut combattue par les moyens ordinaires. L'œdème des jambes, des cuisses et de la partie inférieure du tronc qui, pendant quelques jours, avait empêché la malade de marcher, disparut dans les quarante-huit heures qui suivirent l'accouchement. Enfin, après avoir été fort mal pendant quelque temps, cette femme entra en convalescence et fut parfaitement rétablie six semaines après l'accouchement.

JOURNAL DES CONN. MÉD.-CHIR.—Juild 1840.

Digitized by Google

VARIÉTÉS.

—

Recherches anatomico-pathologiques sur la vésicule et les canaux biliaires; par MAX. DURAND-FARDEL, ex-interne des hôpitaux.

1re PARTIE. — *Cancer de la vésicule biliaire et du canal cholédoque.*

On n'a jamais décrit, que je sache, dans l'histoire des maladies de l'appareil biliaire, le cancer de la vésicule du fiel, limité à cette poche, sans altération organique du foie lui-même. Cependant, cette circonstance a dû se présenter plusieurs fois à l'observation, puisque, dans un assez court espace de temps, j'ai rencontré trois fois une affection cancéreuse de la vésicule biliaire, et une fois du canal cholédoque, développée primitivement dans ces parties, et sans que la structure du foie fût aucunement altérée. Dans les divers passages des auteurs, où il est spécialement question de la dégénérescence carcinomateuse de la vésicule, j'ai toujours vu mentionner la participation du foie à cette dernière altération. Ainsi, M. Littré, dans un article sur les maladies de la vésicule biliaire, se contente de dire, au chapitre intitulé *Tubercules cancéreux :* « Baillie rapporte un exemple de cette altération de la vésicule. Les tuniques avaient, dans ce cas, un quart de pouce d'épaisseur, et étaient remplies en même temps de tubercules gros et durs; le foie était affecté de la même maladie. On les a vus de la grosseur d'un œuf de pigeon, et en pleine suppuration (1) ». Je n'ai pu, du reste, retrouver cette citation dans la traduction française de l'anatomie pathologique de Baillie. Cet auteur y parle seulement d'affection tuberculeuse de la vésicule, affection qui a été signalée par d'autres auteurs, bien que M. Littré l'ait passée sous silence. M. Cruveilhier, cité par le docteur Heyfelder (2), dit que la vésicule est souvent cancéreuse, et que le cancer qui l'attaque est différent de celui du foie, ou bien qu'il provient de l'extension d'une des tumeurs de ce dernier (3).

Les observations suivantes vont nous offrir quelques exemples de cancers des voies biliaires, complétement indépendants de toute altération du foie.

(1) Dict. de méd., t. V, p. 231, deuxième édit.
(2) Archives, décembre 1839.
(3) Anat. pathol.

—

OBS. I. — *Point de symptômes du côté du foie. Chute quelques jours avant la mort, léger ictère, affaissement rapide, tumeur au fond de l'hypochondre droit. Cancer encéphaloïde de la vésicule biliaire : le foie est sain. Tumeur encéphaloïde enkystée, isolée, entre le foie et le pancréas.*

La nommée Croisy, âgée de 72 ans, est entrée le 3 mai 1838 au n° 19 de la salle Saint-Alexandre (Salpêtrière). Son embonpoint est assez considérable; la face, peu colorée, exprime un certain degré d'affaissement; l'intelligence paraît un peu obtuse. Cette femme est entrée à l'hospice, il y a douze ans, pour une cataracte double. Depuis sept ans, elle n'est allée à l'infirmerie qu'une fois, il y a trois ans, et n'y a fait qu'un séjour de peu de durée. Il paraît qu'elle a toujours présenté, durant ces dernières années, les apparences d'une bonne santé, vive pour son âge, ne se plaignant jamais. On peut m'assurer que dequis sept ans elle n'a point eu la jaunisse. Elle n'accuse jamais de douleurs dans le ventre, elle n'est sujette ni aux vomissements, ni à la diarrhée. On remarque cependant que depuis un an elle baisse beaucoup. Il y a deux mois, elle fut vivement frappée par un événement qui intéressait sa petite fortune; depuis lors, elle a paru plus abattue; il est survenu un peu de dévoiement.

A son entrée à l'infirmerie, on avait seulement noté : coliques légères, un peu de diarrhée, apyrexie. On n'opposa qu'un régime simple à ce qui ne semblait devoir être qu'une indisposition passagère.

Le 5 mai, elle se laissa tomber de son lit par terre, sur le côté droit. Le lendemain on trouva une ecchymose à la pommette et à la tempe droite : il n'y en avait pas sur le corps. Elle disait ne pas s'être fait grand mal. On remarqua en même temps une teinte ictérique légère, répandue sur tout le corps, sans coloration jaune de la conjonctive, qui n'existait pas la veille au matin. Le ventre était volumineux, souple, sonore partout, un peu douloureux à la pression; les intestins paraissaient contenir une grande quantité de gaz, mais faciles à déplacer. Le foie descendait un peu au-dessous des fausses côtes droites; on sentait en outre profondément, et dans la partie la plus reculée du flanc droit, une tumeur dont le volume et la forme étaient difficiles à apprécier à cause de sa profondeur, et qui était un peu douloureuse au toucher. La malade accusait des douleurs un peu vives dans le ventre, mais surtout dans l'hypochondre droit. La langue était sèche, les mains un peu bouffies; le pouls, peu fréquent, avait un peu de dureté. Le dévoiement continuait et la malade allait sous elle (25 sangsues sur l'hypochondre droit, cat.).

Digitized by Google

Le jour suivant, la malade était plongée dans une prostration profonde ; la teinte jaune de la peau était un peu moins prononcée : à part cela, elle n'offrait rien de nouveau. Elle mourut tranquillement le 8, dans la matinée, sans agonie et sans souffrances apparentes.

Autopsie. — La cavité du péritoine contient une certaine quantité de sérosité un peu trouble, sans autres traces d'inflammation. L'épiploon est uni à la paroi abdominale antérieure, par des adhérences anciennes et assez nombreuses. Au-devant du pancréas on trouve une tumeur arrondie, un peu bosselée, du volume d'une petite orange, recouverte par le lobe gauche du foie. Cette tumeur est formée par un sac fibreux, dense, de près d'une ligne d'épaisseur, rempli de caillots de sang d'un rouge noirâtre, fermes et mêlés d'une matière molle, pulpeuse, blanchâtre, dans laquelle on ne peut distinguer de vaisseaux, et qui ressemble à de la matière encéphaloïde ramollie. La paroi interne de ce sac est tapissée d'une couche de matière encéphaloïde un peu moins molle que celle que nous venons de décrire. Cette poche présente quelques adhérences à la base du foie, mais sans autre connexion avec cet organe. Elle paraît s'être développée dans le tissu cellulaire sous péritonéal.

La vésicule biliaire est volumineuse, dure, un peu bosselée, assez éloignée des parois abdominales. Incisée, il en sort plusieurs masses encéphaloïdes, grisâtres, semblables à la matière qui remplissait la tumeur sous hépatique, mais plus consistante, avec une vingtaine de calculs gros comme des pois, comme des noisettes, un d'eux comme une petite noix. Ils sont noirs ou bruns, tachetés de jaune, taillés à facettes ; ils s'écrasent facilement sous le doigt. Les parois de la vésicule sont blanches et très-épaisses ; de sa face interne, on voit s'élever un champignon encéphaloïde, arrondi, assez mou, adhérent, du volume d'un œuf de pigeon.

On ne trouva plus de traces du canal cystique.

Rien à noter au reste des canaux biliaires.

Le foie est parfaitement sain.

Le reste de l'autopsie ne présente rien de remarquable.

L'âge avancé de cette femme, le peu d'importance des affections de la vésicule, eu égard à leur siége, l'état d'isolement de l'autre tumeur, rendu plus complet par le kyste qui l'environnait, me paraissent propres à expliquer le développement latent de ces altérations organiques ; cependant, il est remarquable de voir des productions de cette nature arriver à un degré aussi avancé, sans donner d'autres signes de leur présence. Il est probable que l'épanchement de sang que l'on a trouvé dans une de ces tumeurs s'est fait lors de la chute qui a paru hâter la fin de cette malade. Dans l'observation suivante, on verra les choses se passer bien autrement, bien qu'il s'agisse d'une femme du même âge.

Obs. II. — *Vomissement et diarrhée depuis plus d'un an ; ictère depuis un mois ; tumeur dans l'hypochondre droit ; diarrhée opiniâtre ; vésicule biliaire pleine de matière colloïde, s'ouvrant par une large ulcération, dans le colon transverse ; entérite ; le foie est sain* (1).

La nommée Villaume, âgée de 72 ans, était entrée à la Salpétrière le 15 juillet 1837, venant de l'Hôtel-Dieu, où elle était traitée depuis quelque temps pour des vomissements et des douleurs abdominales. Depuis cette époque, elle était toujours restée triste, souffrante, se plaignant du ventre, surtout dans le côté droit ; il survenait de temps en temps des vomissements et de la diarrhée. Au commencement du mois d'avril 1838, elle fut prise pour la première fois d'ictère. Elle entra à l'infirmerie le 14.

Teinte ictérique prononcée de toute la surface du corps et des conjonctives ; douleurs assez vives dans l'hypochondre droit. Cette région est le siége d'une tuméfaction générale, et très-sensible au toucher. Vomissements bilieux, fièvre (20 sangsues sur l'hypochondre droit). Cette application de sangsues, répétée quelques jours après procure un peu de soulagement. Cependant la douleur du côté droit, bien que diminuée, se répand dans tout le ventre, qui se ballonne. Il survient un dévoiement considérable. On sent au-dessous du rebord des côtes droites, vers la partie moyenne de l'hypochondre, une tumeur du volume d'un œuf de poule, à peu près, mais difficile à circonscrire, un peu bosselée, et que l'on croit appartenir au foie lui-même. On diagnostique un cancer du foie. Le dévoiement devient excessif ; il est presque continu : aucun moyen ne parvient à le calmer. De nouvelles applications de sangsues sont faites sur le bas-ventre ; l'opium est donné en lavements, mais sans aucun résultat. L'opiniâtreté remarquable de ce symptôme fait soupçonner une communication du gros intestin avec le cancer du foie.

Peu à peu la malade s'affaiblit considérablement, par suite des énormes déperditions qu'elle faisait ; elle tomba dans le marasme, et succomba à la fin du mois de mai, ayant conservé l'intégrité de ses facultés cérébrales, et n'ayant jamais témoigné de vives

---

(1) Un extrait de cette observation et de la précédente a été inséré dans les Bulletins de la société anat., an. 1838, p. 157. Les pièces anatomiques qui font le sujet de ces observations, ont été mises sous les yeux de la société.

Digitized by Google

souffrances. La teinte jaune de la peau demeura très-foncée jusqu'à la fin.

Autopsie. — On trouve à la base du foie une tumeur piriforme, grosse comme le poing d'un enfant de douze ans, que l'on reconnaît être formée par la vésicule biliaire. Cette tumeur, un peu bosselée, offre de la résistance au toucher. Elle adhère à la portion droite du colon, mais d'une manière tellement intime, que ses parois semblent se continuer avec celles de cet intestin. Ce dernier étant ouvert en place et le long de l'attache du mésentère, on voit, dans le point qui répond à la vésicule, une ulcération irrégulièrement arrondie, large de près de trois pouces en tous sens, dont le fond est formé par la cavité de la vésicule elle-même. Cette dernière est remplie de masses irrégulières, gélatiniformes, tremblotantes, représentant parfaitement cette dégénérescence que l'on a décrite sous le nom de cancer colloïde. Ces masses sont comme végétantes à la surface interne de la vésicule, à laquelle elles adhèrent assez intimement, et dont on ne peut les séparer nettement; elles sont formées d'une matière en partie jaunâtre et comme transparente, en partie d'un rouge assez prononcé. On n'y distingue pas de vaisseaux ; mais cette recherche n'est pas faite avec assez de soin. Elles se laissent écraser facilement sous le doigt, mais leur consistance tient plus encore de la friabilité que de la mollesse.

Les parois de la vésicule sont blanchâtres, épaisses et très-denses. Dans leur épaisseur, au niveau de leur adhérence au foie, on trouve une petite concrétion pierreuse.

Le foie paraît sain dans toute son étendue; il est peu volumineux, d'un brun rouge, à grosses granulations. Le canal hépatique et ses divisions dans le foie sont très-dilatés : on trouve dans une de ces dernières un calcul jaunâtre, gros comme un haricot. On ne distingue plus le canal cystique.

La muqueuse du gros intestin est, dans toute son étendue, d'un rouge vif, épaissie, comme boursouflée, parsemée d'érosions superficielles.

Malgré les conseils judicieux donnés par J. L. Petit, pour le diagnostic des tumeurs de la vésicule du fiel, il eût été, je crois, difficile, dans ce cas, d'éviter l'erreur dans laquelle nous sommes tombés relativement au siége de l'affection cancéreuse. La marche de la maladie, en effet, les symptômes locaux et généraux étaient tout à fait semblables à ceux qui accompagnent le plus habituellement les affections carcinomateuses du foie ; et la participation de l'intestin à la dégénérescence, bien qu'elle doive compliquer plus facilement celle de la vésicule, a été cependant observée aussi dans de simples cancers du foie.

La nature de la dégénérescence, dont la vésicule biliaire était le siége, n'est pas un des points les moins curieux de cette observation ; et l'on me permettra d'exposer ici, sur ce sujet peu connu, quelques réflexions que m'ont suggérées les faits dont j'ai lu la description, ou que j'ai rencontrés sur le cadavre. Le tissu *colloïde* ou *gélatiniforme*, quel qu'en soit le point de départ ou la nature intime, me paraît être une production d'une nature toute spéciale, comparable, sous beaucoup de rapports, aux tissus encéphaloïde et squirrheux, mais cependant jouissant, comme chacun de ces derniers, d'une individualité qui ne permet pas de confondre ensemble ces trois espèces de productions, car personne aujourd'hui, je pense, n'est porté à ne voir dans le squirrhe et l'encéphaloïde que les périodes différentes d'une même affection. Je ne saurais donc admettre avec M. Bérard (jeune) que « l'altération colloïde ou gélatiniforme ne soit autre chose que le tissu squirrheux en voie de ramollissement (1); opinion sur laquelle MM. Delaberge et Monneret n'osent se prononcer (2) ; mais je ne crois pas non plus avec M. Debrou (3) qu'il y ait erreur à ranger cette affection sous la dénomination de cancer. En effet, si le nom de cancer était donné à un tissu particulier, ainsi au tissu encéphaloïde seulement, ou au tissu squirrheux, sans doute on n'aurait aucune raison de rapporter au cancer le tissu gélatiniforme. Mais si, unissant l'encéphaloïde au squirrhe, avec M. le professeur Bérard (4), et la plupart des médecins de l'école de Paris, on établit la définition du cancer, d'une manière plus vague, sur la marche particulière commune à certains tissus sans analogues dans l'économie, sur la tendance envahissante, sur la propriété de déterminer une cachexie, etc., on pourra justement rapprocher du squirrhe et de l'encéphaloïde, le tissu colloïde, qui paraît partager avec eux de semblables caractères. M. Bérard (jeune), lorsqu'il ne voyait dans la matière colloïde qu'un des degrés du squirrhe, n'avait probablement jamais observé de ces vastes tumeurs gélatiniformes, où l'on trouve ce dernier tissu dur dans *quelques points*, ramolli dans d'autres, évidemment sous l'influence d'un travail propre à lui-même, et indépendant de toute autre altération (5). M. Debrou paraît n'avoir étudié la dégénérescence colloïde que dans les os,

---

(1) Berard, Mém. sur les engorgements du testicule. Journ. des conn. méd. chir. Juin 1835.

(2) Delaberge et Monneret, Compendium de méd. prat, t. II, p. 47.

(3) Bulletin de la Société anat., 1839, p. 242. — Rapport de M. Debrou sur une observation de M. Molloy, intitulée *Cancer de l'os iliaque*.

(4) P. H. Bérard, Dict. de méd., deuxième édit., art. *Cancer*.

(5) Observation de Molloy. *loco cit.*

Digitized by Google

mais elle s'observe aussi souvent ailleurs. M. P. H. Bérard l'a vue dans l'épiploon; M. Cruveilhier dans l'estomac, l'intestin grêle, la matrice; M. A. Bérard dans le testicule. J'ai rencontré plusieurs fois des masses de matière colloïde, végétantes, à la face interne de ces kystes ovariques énormes, dont les parois présentent en même temps des échantillons d'une foule de productions différentes, osseuses, squirrheuses, cartilagineuses, etc. Je ne saurais m'arrêter longtemps sur ce sujet, bien que la rareté de la dégénérescence colloïde, et le peu de précision des idées que l'on a sur sa nature justifient, je pense, cette digression : j'ajouterai seulement, pour me résumer, que la dégénérescence colloïde me paraît aussi distincte du squirrhe et de l'encéphaloïde que ces deux derniers tissus le sont l'un de l'autre; et que cependant, elle me semble s'en rapprocher assez pour devoir être comprise avec eux sous la dénomination de cancer.

Obs. III. — *Mort lente dans l'adynamie; quelques symptômes gastriques. Squirrhe de la vésicule biliaire et du gros intestin. Tumeur squirrheuse de l'intestin grêle. Petites tumeurs multiples dans l'épaisseur des parois de l'estomac. Cancer de la langue.*

La nommée Guiot, âgée de 75 ans, est entrée le 29 mars 1839 au n° 6 de la salle Saint Paul (Salpétrière). On apprend pour tous renseignements que cette femme paraît habituellement souffrante et se plaint sans cesse. Elle est d'une grande maigreur, très-affaiblie. Les joues sont assez vivement colorées, mais le fond du teint est grisâtre. L'intelligence semble très-bornée, et on a beaucoup de peine à en tirer quelques renseignements. Elle dit être malade depuis huit jours; la tête est lourde, embarrassée, la vue trouble. Elle n'a pas de frissons, point de fièvre; anorexie; la soif n'est point vive. Toux légère depuis longtemps. Depuis quelques jours elle a des nausées sans vomissements. Le ventre n'est douloureux nulle part : il est aplati. Le palper et la percussion font reconnaître que le foie, volumineux, déborde les côtes en bas, et s'étend en avant à l'épigastre. On n'y sent du reste aucune inégalité, et ce ne paraît être qu'une disposition non morbide, mais très-fréquente chez les femmes de cet âge. La langue présente à sa partie moyenne deux tumeurs placées au-devant l'une de l'autre, chacune du volume d'une noisette, siégeant dans l'épaisseur même de l'organe.

Cette femme vécut encore un mois dans un état d'affaissement complet. Au commencement elle n'avait jamais de fièvre : seulement le soir elle devenait plus agitée, se découvrait, restait nue sur son lit, malgré le froid; mais dans la dernière quinzaine, le pouls prenait tous les soirs une accélération notable : il fallut attacher la malade, de peur qu'elle ne se laissât tomber de son lit. L'intelligence demeura toujours dans un état profond d'engourdissement, que rendait parfaitement l'hébétude complète de la physionomie. La langue augmenta un peu de volume; elle était légèrement douloureuse, mais paraissait gêner surtout par sa grosseur : ses bords étaient irréguliers et amincis. La malade exhalait une odeur très-fétide. Elle vomissait de temps en temps; ces vomissements, peu abondants, étaient souvent formés d'un liquide rougeâtre, mêlé de grumeaux : une fois elle vomit du sang presque pur, en petite quantité. Elle avait toujours mal au cœur. L'anorexie était complète. Elle prenait seulement un peu de vin et de bouillon, qu'elle ne vomissait pas. On remarqua à l'épigastre, immédiatement en dedans du rebord des cartilages costaux, du côté droit, une petite tumeur dure, peu saillante, tout à fait insensible à la pression, et semblant implantée sur le foie, que l'on sentait parfaitement dans cette région. Cette tumeur avait sans doute échappé à un premier examen. On n'avait remarqué du côté des poumons qu'une respiration très-incomplète dans les deux sommets. — La mort arriva peu à peu le 28 avril.

La peau n'avait jamais présenté de teinte ictérique.

Autopsie. — Rien à noter dans les centres nerveux.

Induration grisâtre, ferme au toucher, peu étendue, du sommet du poumon gauche.

Rien de remarquable au cœur.

Le foie occupe l'espace qu'avait mesuré la percussion pendant la vie. Son tissu est rouge, un peu mou, et ne présente aucune altération. Seulement on trouve implanté sur le lobe gauche, au point où on avait senti la petite tumeur de l'épigastre, un kyste arrondi, à parois assez denses, blanches, du volume d'une grosse noix, faisant à moitié saillie à la surface du foie, tandis que son autre moitié pénètre dans l'épaisseur du tissu hépatique. Ce kyste est rempli par une matière verdâtre, visqueuse, filante, semblable à de la glu. (N'était-ce pas là un débris d'hydatide?)

Ce colon est intimement adhérent, par un tissu cellulaire dense et assez serré, à la base du foie. Ses parois font corps avec celles de la vésicule du fiel. Cette dernière forme trois poches, chacune du volume d'une grosse noix, arrondies et séparées les unes des autres par une espèce d'étranglement, qui ne les empêche pas, à l'intérieur, de communiquer ensemble. Ces poches sont en partie logées dans l'épaisseur du foie, qui présente une excavation arrondie, assez profonde, au niveau de chacune d'elles.

Digitized by Google

L'intérieur de la vésicule ainsi divisée, est rempli d'une matière d'un jaune pâle, grumeuse, s'écrasant facilement sous le doigt, ayant à peu près la consistance d'un fromage mou. Cette substance qui ressemble à de la matière tuberculeuse ramollie, enveloppe une cinquantaine de calculs, ayant à peu près la forme de grains de café, les uns plus, les autres moins volumineux. Ils sont à l'extérieur blancs et brillants, comme de la nacre ; à l'intérieur, on les trouve formés d'un noyau jaunâtre, enveloppé d'une écorce blanche d'une densité plus grande. La matière qui remplissait la vésicule entraînée par un courant d'eau, il en reste une couche mince, qui demeure assez adhérente à sa face interne. On ne trouve plus de traces de l'orifice ni du canal cystique. Le canal hépatique et ses divisions dans le foie contiennent de la bile : leur diamètre et leur texture sont normaux.

On ne peut distinguer les parois de la vésicule de celles du colon. Elles sont converties en une couche de cinq à six lignes d'épaisseur, formée de tissu squirrheux blanc, très-ferme, criant sous le scalpel, ne présentant, dans aucun point, de ramollissement, ni de traces de vaisseaux. La muqueuse du colon, à ce niveau, ne présente qu'une rougeur assez vive, s'étendant dans le cœcum. On ne trouve du reste aucune érosion ni ramollissement dans le gros intestin.

Les parois de l'intestin grêle, vers le milieu de l'iléum, sont converties en tissu squirrheux dans une étendue que recouvrirait une pièce de quarante sols. Cette couche squirrheuse a, là, de trois à quatre lignes d'épaisseur, légèrement excavée du côté de l'intestin; la muqueuse est détruite au-dessus d'elle, et cependant sa surface est lisse, sans rougeur, traversée seulement par quelques fibres appartenant à la tunique musculeuse de l'intestin. La muqueuse environnante est saine, si ce n'est qu'elle paraît s'amincir, avant de disparaître, au pourtour du squirrhe.

L'estomac, volumineux, présente un grand nombre de petites plaques squirrheuses, arrondies, du diamètre d'une pièce de cinq sous au plus, ayant moins d'une ligne d'épaisseur, et placées, les unes dans le tissu cellulaire sous-muqueux, les autres dans le tissu sous-péritonéal, de sorte qu'elles font saillie les unes à la surface interne, les autres à la surface externe de l'estomac. La muqueuse de l'estomac est du reste blanche, et paraît tout à fait saine. — Rien à noter dans le péritoine.

On sent, dans l'épaisseur de la langue, trois noyaux durs, placés les uns au-devant des autres. Les deux premiers sont du volume de grosses noisettes ; le troisième est plus petit. Il y en a un quatrième beaucoup plus petit encore, tout à fait à la base de la langue. La surface de la langue est aplatie, noirâtre, et présente au-dessus du noyau antérieur une érosion grisâtre très-superficielle. Ces tumeurs sont formées d'un tissu blanc, avec une teinte légèrement jaunâtre, d'une dureté presque cartilagineuse, présentant comme de nombreuses stries concentriques, ressemblant plus encore à du tissu fibreux qu'à du tissu squirrheux : elles sont environnées en tous sens de substance musculeuse un peu pâle, et manifestement diminuée de quantité au profit de la production morbide.

Je n'ai pas l'intention de faire, avec les trois observations que je viens de rapporter, une histoire du cancer de la vésicule biliaire : ce nombre est tout à fait insuffisant, et ce n'est point d'ailleurs chez des individus aussi âgés qu'il faudrait aller chercher des types propres à donner une idée des caractères pathologiques qui se rapportent à une altération donnée. Dans deux de nos cas, en effet, la maladie a suivi une marche à peu près latente, et les symptômes qui ont été observés dans le troisième ne nous ont rien offert qui nous parût de nature à éclairer le diagnostic différentiel du cancer du foie et de celui de la vésicule. Il semble que l'existence d'une tumeur bien circonscrite dans la région de la vésicule, et l'absence d'augmentation de volume ou de déformation appréciables du foie lui-même, doivent faire reconnaître, pendant la vie, le cancer limité à cette poche. Je rapporterai cependant tout à l'heure deux cas où une semblable disposition s'est montrée pendant quelque temps, sans que la vésicule participât même à une dégénérescence dont le foie seul était le siége.

Du reste, ce diagnostic différentiel est-il bien important? Le pronostic sera-t-il autre pour le cancer de la vésicule que pour celui du foie? Il est possible que les manifestations symptomatiques soient un peu moindres, lorsque l'affection sera limitée à la vésicule, que lorsqu'elle sera répandue dans tout le foie; l'ictère en résultera probablement moins souvent; car, comme on le sait, les maladies de la vésicule du fiel entraînent généralement peu de troubles dans la sécrétion biliaire, surtout lorsqu'elles se développent lentement. Mais en résultera-t-il une grande différence dans la marche et la terminaison de la maladie? La nature et l'art pourront-ils tirer parti de la position, en quelque sorte indépendante de la vésicule, de ses rapports avec les parois abdominales? Portal rapporte l'histoire d'un individu qui eut dans l'hypochondre droit un *abcès cancéreux;* cet abcès s'ouvrit, suppura longtemps, puis dégénéra en une fistule qui existait encore à l'époque de la mort, arrivée quelques années après. On trouva que le fond de cette fistule était formé par la vésicule revenue sur elle-même, pleine de pus, ulcérée et adhérente à la paroi abdominale. (Il n'est point question des autres organes). Je cite ce fait à cause

Digitized by Google

de l'expression d'*abcès cancéreux ;* mais tout le monde sera sans doute convaincu, comme moi, qu'il ne faut pas attacher d'importance à ce mot, et qu'il ne s'agissait probablement que d'un abcès simple de la vésicule.

Un des phénomènes les plus particuliers, je pense, au cancer de la vésicule biliaire, c'est la participation de la portion correspondante du colon à la maladie. Nous verrons, en effet, plus loin, que le résultat le plus habituel des affections de cet organe est la formation d'adhérences entre lui et les intestins voisins. Or, on conçoit comment, sous l'influence de l'altération que nous étudions, ces adhérences, en rapprochant l'intestin de la vésicule cancéreuse, devront faire subir au premier l'effet de cette espèce de contagion, à laquelle des rapports de contiguïté permettent rarement d'échapper. Deux de nos observations présentent cette circonstance, et on a vu que dans une d'elles elle avait imprimé un caractère assez particulier à la maladie, dont elle avait surtout singulièrement hâté la marche. Je bornerai là ces réflexions, qu'il me semblerait inutile d'étendre davantage; quelques considérations que j'y pourrais ajouter trouveront leur place dans la suite de ce travail. Mais je crois devoir rapporter ici deux observations de cancer du foie, auxquelles leur rapprochement des faits précédents pourra donner quelque intérêt, et remarquables surtout en ce que c'est la vésicule qui, dans les deux cas, a paru pendant un certain temps le siége spécial de la maladie. Cette circonstance était due, dans un cas, à la distension de la vésicule, dont l'orifice était oblitéré par des masses cancéreuses, développées à l'extérieur des canaux biliaires; dans l'autre, à la présence de calculs nombreux dans la cavité de la vésicule. Dans une de ces observations, en outre, nous trouverons encore du tissu cancéreux développé dans l'intérieur des canaux biliaires, mais par un autre mécanisme que dans les faits précédents, et sans doute par une suite de résorption exercée par leurs radicules dans le sein de l'organe hépatique.

OBS. IV. — *Tumeur dans l'hypochondre droit. Ictère; dépérissement; diarrhée; mort au bout de plusieurs mois.—Cancer du foie. Matière cancéreuse dans le canal choledoque.*

La nommée Lefol, âgée de 57 ans, ancienne couturière, entre le 12 août 1838 au numéro 19 de la salle Saint-Alexandre (Salpétrière). Cette femme a depuis quelques années essuyé plusieurs fluxions de poitrine. Il y a dix-huit mois, à la suite d'une affection de ce genre, elle s'aperçut de la présence, dans l'hypochondre droit, d'une tumeur peu volumineuse, assez profonde, nullement douloureuse, qu'elle ne manqua pas de regarder comme la suite de sa maladie. L'hiver dernier elle est revenue à l'infirmerie pour une nouvelle pneumonie du sommet du poumon gauche, dont elle guérit, malgré son étendue (plusieurs saignées, et tartre stibié à la dose de 3 décigrammes plusieurs jours de suite). Je pus constater alors la présence d'une tumeur profondément située au-dessous du rebord des côtes, dans l'hypochondre droit, dure, du volume d'un œuf de pigeon, arrondie sans bosselures, nullement douloureuse à la pression, et ne causant d'elle-même ni douleur ni gêne. Le foie ne paraissait pas augmenté de volume, et la peau ne présentait aucune teinte particulière.

Le 12 août, elle rentra à l'infirmerie, présentant depuis une quinzaine de jours un ictère, dont elle attribuait l'apparition à une vive émotion. Sa santé avait été assez bonne, depuis sa sortie de l'infirmerie, si ce n'est que affectée d'un catarrhe chronique, il survenait parfois quelques vomissements, dans les accès de toux.

La peau offrait partout une teinte jaune assez foncée; les conjonctives étaient aussi très-colorées. Les muqueuses avaient à peu près leur teinte naturelle; il y avait du dégoût pour les aliments, une soif assez vive, une tendance constante à la constipation; les selles étaient décolorées. Au-dessous du rebord des fausses côtes droites était une tumeur dure, non bosselée, paraissant avoir à peu près le volume et la forme d'un œuf de poule; elle était facile à circonscrire, surtout en bas, mais nullement mobile; fort peu douloureuse à la pression, on n'y sentait ni fluctuation, ni crépitation. Le foie ne semblait pas augmenté de volume. L'épigastre était fort sensible à la pression; il n'y avait de vomissement que dans les efforts de toux. De temps en temps le pouls s'accélérait, la peau devenait très-chaude; mais la fièvre ne survenait que par paroxysmes irréguliers. La maigreur était assez grande. Le moral de la malade était fort bon; bien qu'elle se tourmentât parfois sur son état, son naturel gai et insouciant ne tardait pas à reprendre le dessus. M. Cruveilhier pensa que cette tumeur appartenant à la vésicule biliaire, distendue par de la bile ou par des calculs. Le traitement se composa de plusieurs applications de sangsues, qui n'amenaient qu'une amélioration passagère, et de légers laxatifs.

Cependant la teinte jaune de la peau devenait tous les jours plus foncée, la malade maigrissait. Environ six semaines après son entrée, il survint des vomissements qui peu à peu se rapprochèrent, et bientôt Lefol ne put rien prendre qu'elle ne le rejetât presque aussitôt.

Ces vomissements ne contenaient pas de bile; ils étaient peu douloureux, et survenaient un quart d'heure, une demi-heure après l'introduction des aliments ou de la tisane. Le lait et l'eau de Spa étaient

Digitized by Google

même à peine supportés. En même temps la maigreur et la faiblesse devinrent fort grandes; les accès de fièvre se rapprochèrent, la couleur de la peau devint verdâtre, bronzée. La tumeur semblait être devenue plus superficielle; placée à la réunion de l'hypochondre avec l'épigastre, elle se présentait toujours sous le même aspect, seulement plus douloureuse au toucher; son exploration était devenue pénible, sa surface était aussi plus inégale. Les douleurs qui en partaient, se répandaient dans tout l'abdomen, et duraient parfois plusieurs jours de suite, avec une grande intensité. On s'assurait toujours que le foie ne descendait pas au-dessous des côtes, et ne présentait pas d'inégalités. De nouvelles applications de sangsues furent sans résultat.

Le 13 septembre.—Depuis plusieurs jours la malade vomit tout, même le petit lait; le pouls est toujours un peu fébrile, la peau brûlante. Le ventre est le siége d'élancements douloureux. *Deux grains de potasse caustique sont appliqués sur la tumeur.* Les vomissements diminuent un peu les jours suivants.

Le 21, on fend l'eschare et on applique de nouveau deux grains de potasse caustique.

Le 7 octobre, les vomissements diminuent, s'éloignent; quelques légers aliments sont digérés; le lait passe bien. En dehors de la tumeur, on sent, immédiatement au-dessous des côtes, de petites tumeurs qui paraissent appartenir au foie.

Le 17, on donne des pilules d'aloès, et on en augmente la dose de cinq centigr. à cinq décigr. L'ictère diminue un peu, les vomissements cessent, la fièvre ne se montre plus; mais il survient un dévoiement qui bientôt, et malgré la cessation de l'aloès, devient excessif. Alors la malade tombe dans un marasme qui fait en peu de jours des progrès effrayants, et la réduit à une maigreur squelettique. Les selles deviennent involontaires; jusque-là grisâtres, elles prennent une teinte plus jaune, et presque liquides, contiennent souvent du sang pur. Les vomissements ne se remontrent pas, la langue ne se sèche que dans les derniers jours. Le ventre est tendu, un peu dur, médiocrement douloureux à la pression. On ne remarque rien de nouveau dans l'hypochondre droit. Les eschares, suite de l'application de la potasse caustique, sont tombées, et la plaie qui en est résultée, est en voie de cicatrisation. Le pouls est très-faible, fréquent, à peu près régulier. L'intelligence demeure intacte jusqu'à la fin. Pendant la dernière quinzaine de la vie, la voix prend un caractère de raucité remarquable. Les deux derniers jours, la malade crache un peu de sang pur, rutilant, mêlé à quelques mucosités. Depuis longtemps la sueur teignait son linge en jaune. La coloration de la peau est aussi foncée que possible.

Pendant ce temps, le sommet du poumon gauche, qui, au printemps, avait été le siége d'une pneumonie grave, avait présenté de la matité avec souffle tubaire, mêlé de râle crépitant très-sec. La voix et la toux y résonnaient assez fortement. Il y avait habituellement de la toux avec expectoration de crachats épais, visqueux, mucoso-purulents, sans aucune gêne de la respiration.

La mort arriva le 12 novembre.

Autopsie. La pie-mère est infiltrée d'un peu de sérosité jaunâtre. Rien à noter dans le cerveau, si ce n'est une atrophie du nerf optique droit jusqu'au chiasma, sans aucune altération au delà. (Il y avait depuis longtemps cécité à droite, par suite d'une kératite.)

Les poumons présentent de nombreuses adhérences, surtout le gauche. Un peu de sérosité dans la plèvre droite. Induration tuberculeuse du sommet du poumon gauche.

Le péritoine contient une assez grande quantité de sérosité jaunâtre.

Le foie, volumineux, présente un grand nombre de bosselures dues à l'amas d'une matière un peu molle, jaunâtre, que l'on retrouve à l'intérieur de l'organe, et dans les intervalles de laquelle le tissu du foie est bien sain; ses granulations sont volumineuses et rougeâtres. Mais, c'est surtout à la base du foie, autour des canaux biliaires, qu'est amassée la matière cancéreuse. La vésicule fait une saillie considérable au-devant du bord antérieur du foie; elle forme une poche arrondie, d'un jaune verdâtre, du volume du poing, pleine de liquide, mais soumise à un tel degré de tension qu'elle offre une véritable dureté. Elle présente quelques adhérences avec le colon et le duodénum. Ouverte, il s'en échappe un liquide d'un jaune verdâtre, épais, trouble paraissant formé d'un mélange de pus et de bile, et un grand nombre de calculs prismatiques blancs, ayant presque l'éclat et la transparence de la perle; ils sont la plupart un peu plus gros que des grains de café; un seul a le volume d'une grosse noisette. Les parois de la vésicule sont épaissies; sa face interne est doublée d'une pellicule blanchâtre, d'inégale épaisseur, et présente de nombreuses érosions. On n'aperçoit plus de traces de l'orifice ni du canal cystique.

Les canaux biliaires sont enveloppés par la matière cancéreuse. Le canal cholédoque est totalement rempli par une matière blanchâtre, molle, semblable à celle qui existe à l'extérieur, et sans adhérences à ses parois. Le canal hépatique est dilaté dans toutes ses divisions, et contient quelques calculs semblables à ceux qui se trouvaient dans la vésicule.

L'estomac paraît sain. La muqueuse du duodénum est inégale, rouge, épaissie. Celle du gros intestin est rouge, sans érosions.

Digitized by Google

J'ai rapporté un peu longuement cette observation, parce qu'elle offre, surtout dans ses premières périodes, des circonstances assez insolites, et intéressantes pour le diagnostic des affections du foie. La maladie s'est partagée en deux époques bien tranchées : la première, d'une durée de plus de dix-huit mois, pendant laquelle la vésicule seule a paru affectée, sans que du reste la santé générale, ni les fonctions du foie semblassent s'en ressentir aucunement ; la seconde, d'une durée beaucoup plus courte, durant laquelle la structure et les fonctions du foie s'altérèrent rapidement, et de manière à entraîner promptement un résultat funeste. Or, il est évident que, dès le principe, la vésicule se trouvait dans des conditions presque semblables à celles qu'elle nous a présentées à la fin de la vie; sa tension, sa dureté, à l'époque où elle fut aperçue pour la première fois, en sont la preuve : donc la cause qui avait interrompu ses communications avec les canaux biliaires, et s'opposait ainsi à ce qu'elle se débarrassât de la bile qui la distendait, existait dès cette époque : mais quelle était cette cause ? Il est possible de la rattacher à deux circonstances : l'inflammation de la vésicule, dont on a trouvé les traces à l'autopsie, ou l'accumulation de la matière cancéreuse à la base du foie, altérations qui pouvaient toutes deux avoir pour résultat d'obturer le canal cystique (l'une agissant en dedans, l'autre en dehors de lui), et d'isoler ainsi la vésicule. Maintenant, si l'on songe au développement tout à fait latent de la distension de la vésicule, à l'indolence complète, à l'insensibilité absolue de la tumeur qu'elle formait, on doutera beaucoup de l'existence primitive d'une cystite, dont on chercherait vainement la cause, et dont on s'expliquerait difficilement la marche ; tandis que l'on comprend parfaitement qu'une distension de la vésicule, développée lentement et passivement, sous l'influence d'une obstruction mécanique au cours de la bile, dans le canal cystique, ait pu présenter les caractères que nous avons reconnus à cette altération ; l'on sait d'ailleurs que l'inflammation de la vésicule est un résultat assez ordinaire de la distension de cette poche, et la rétention de la bile dans sa cavité : quant aux calculs, cette dernière circonstance est une cause à peu près constante de leur formation, et quant à l'absence d'ictère, on la remarque dans presque tous les cas où la circulation de la bile n'est gênée que dans la portion cystique des voies biliaires, surtout quand cette gêne survient lentement. Si les choses se sont passées ainsi, le cancer se serait développé primitivement, non plus dans l'intérieur de la vésicule, comme dans les cas précédents, mais encore en dehors du foie lui-même, dans le tissu cellulaire qui environne l'appareil d'excrétion de la bile.

On voit quelle influence cette circonstance a dû avoir sur le diagnostic. Toute l'attention devait naturellement se porter sur la vésicule, tant que le foie lui-même n'offrait aucun signe évident d'altération, et on a vu que, dans l'incertitude où l'on était sur la nature du mal, on avait appliqué la potasse au niveau de la tumeur cystique, dans l'intention d'en déterminer l'ouverture.

Au développement lent et caché du cancer primitif de la base du foie, on a sans doute opposé la marche rapide de la dégénérescence, lorsqu'une fois elle a eu gagné le parenchyme de l'organe lui-même, ce qui n'a eu lieu, je pense, qu'à l'époque où l'ictère est apparu; on a remarqué l'opiniâtreté des vomissements, que l'inflammation du duodénum dispense d'attribuer à une sympathie de l'estomac ; l'amélioration qui, par une simple coïncidence, peut-être, a suivi l'application de la potasse caustique, les résultats déplorables qu'a entraînés au contraire l'emploi de l'aloès (1) ; l'exhalation sanguine qui, dans les derniers temps de la vie, s'est faite à la surface de l'intestin et des bronches, sans laisser de traces sur le cadavre.

On a trouvé le canal cholédoque rempli de matière cancéreuse; la dilatation du canal hépatique et de ses branches, les calculs qu'on y a rencontrés, l'absence de tout autre obstacle au cours de la bile, dont la sécrétion n'a sans doute jamais été complétement suspendue, tout fait croire que cette altération existait depuis longtemps. Comment cette matière a-t-elle pénétré dans ce point ? On n'a constaté aucune perforation du canal cholédoque, l'absence d'adhérences, et d'autres raisons empêchent de croire qu'elle ait été sécrétée dans ce lieu même ; n'est-elle pas arrivée là de l'intérieur du foie, pompée en quelque sorte par les radicules du canal hépatique, ainsi que, suivant M. Velpeau, le suc cancéreux aurait pénétré dans les veines sus-hépatiques, dans la veine cave, dans des cas de cancer du rein, de cancer du foie ? M. Fauvel a présenté, à la Société anatomique, un foie cancéreux, dans lequel les ramifications du canal hépatique renfermaient aussi de la matière cancéreuse, en même temps qu'un peu de sang (2).

Je rapporte l'observation suivante, parce qu'un des premiers signes de la maladie a été la présence d'une tumeur cystique, précédant l'apparition de l'ictère et de la déformation du foie. Seulement cette tumeur était ici évidemment le résultat d'une inflammation de la vésicule, et l'on voudra bien ap-

(1) Ce médicament n'a pas été prescrit par M. Cruveilhier, mais par un médecin qui, à cette époque, faisait le service en son absence.

(2) Bull. de la soc. anat., novembre 1838.

porter quelque attention aux altérations qui annonçaient cette dernière, l'épaississement, le retrait de la vésicule, la disparition du canal cystique, etc., parce que, dans la suite de ce travail, j'aurai occasion d'insister d'une manière toute particulière sur ces altérations, et sur les circonstances qui s'y rattachent.

OBS. V. — ***Douleur, tension dans l'hypochondre droit, tumeur cystique; plus tard, augmentation de volume du foie, ictère à la fin de la vie. Cancer du foie; inflammation et calculs de la vésicule biliaire; exhalation sanguine des bronches; cicatrices intestinales.***

La nommée Dupacquier, âgée de 64 ans, s'affaisse beaucoup depuis plusieurs mois : elle paraît toujours souffrante; le peu de développement de son intelligence empêche d'en obtenir des renseignements précis. Elle se plaint de douleurs très-vives dans l'hypochondre droit, qui disparaissent et reviennent alternativement, et dont elle dit souffrir depuis deux mois : la pression est fort douloureuse. Le foie ne paraît pas descendre au-dessous du rebord des côtes; immédiatement au-dessous de ce dernier, on sent profondément une petite tumeur dure, arrondie, que sa situation fait rapporter à la vésicule du fiel. La physionomie exprime la souffrance. La peau ne présente pas de teinte anormale. Point de vomissements; éructations fréquentes; anorexie; soif vive; constipation. Pouls fréquent, assez développé. Les urines paraissent normales. Une application de sangsues sur l'hypochondre droit procure un peu de soulagement. Cependant il survint un devoiement opiniâtre. La malade rendit des crachats sanglants, noirâtres, jus de pruneaux, mêlés d'autres crachats muqueux, blancs et exsangues : il n'y avait du reste aucune gêne de la respiration, point de fièvre, et l'on ne découvrait rien par la percussion ni l'auscultation de la poitrine. Le foie augmenta sensiblement de volume; bientôt tout l'hypochondre droit devint mat et tendu; on cessa de pouvoir distinguer la petite tumeur qui existait seule dans le principe. L'épigastre était le siége de douleurs vives augmentées par la toux et la pression. La malade tomba dans un affaissement profond; il survint dans les derniers jours de la vie une coloration ictérique de la peau, qui devint rapidement très-foncée. Enfin, elle succomba cinq semaines après son entrée à l'infirmerie.

Autopsie. Rien à noter dans la tête, si ce n'est quelques fausses membranes minces dans la cavité de l'arachnoïde, et une petite cavité pisiforme dans un des corps striés. Rien de remarquable au cœur. Hépatisation avec ramollissement, couleur livide, grisâtre, commencement de suppuration du lobe inférieur du poumon gauche. Les grosses et moyennes bronches, dans ce poumon, sont tapissées d'une couche de fibrine rougeâtre, inégale, un peu rugueuse, et semblant le résultat d'une exsudation sanguine.

La poitrine contient une assez grande quantité de sérosité jaunâtre. Le foie est d'un volume énorme : on n'y trouve presque plus de traces du tissu hépatique; il est converti presqu'en entier en une matière d'un blanc jaunâtre, un peu molle et grumeleuse. On trouve dans quelques veines des caillots adhérents et d'un rouge grisâtre. Les parois de la vésicule sont fortement appliquées sur plusieurs calculs volumineux, grisâtres, presque blancs; elle ne contient avec eux qu'un peu de mucus légèrement jaunâtre. Ses parois sont d'une épaisseur et d'une densité extraordinaires; elles sont blanches et paraissent formées de deux couches superposées; leur face interne présente quelques érosions, leur face externe quelques adhérences au gros intestin. On ne trouve plus ni orifice ni canal cystique; la vésicule est tout à fait rapprochée du canal hépatique. Les canaux hépatique et cholédoque sont tapissés par de la bile jaunâtre, et ne présentent rien à noter.

La muqueuse du gros intestin présente un peu de rougeur dans quelques points. On y remarque deux cicatrices d'anciennes ulcérations, l'une immédiatement au-dessous de la valvule ilœo-cœcale, l'autre dans le colon transverse. Elles se présentent sous la forme de plaques à peu près ovalaires, saillantes, dures, grisâtres, inégales à leur surface, et autour desquelles la muqueuse forme des plis radiés convergents. Ces plaques sont supportées par un tissu très-dense, induré, grisâtre, de plusieurs lignes d'épaisseur. On en trouve plusieurs autres tout à fait semblables à la fin de l'intestin grêle.

Les observations précédentes nous ont fourni des exemples de cancers développés primitivement dans la vésicule biliaire. Dans l'observation suivante, nous trouverons une semblable altération dans l'intérieur du canal cholédoque. Ce fait nous paraît remarquable, non-seulement par la rareté de la lésion anatomique, mais encore par le caractère des accidents qui l'ont accompagné.

OBS. VI. — ***Symptômes d'etranglement intestinal; point d'ictère. Adynamie sénile. — Cancer du canal cholédoque; dilatation des voies biliaires.***

La nommée Gabrielle Détrez, ravaudeuse, est entrée à la Salpétrière, en 1818, âgée de 41 ans, comme cancéreuse, bien qu'elle ne portât aucun signe d'affection de ce genre; elle était seulement sujette à des étouffements qui avaient fait soupçon-

Digitized by Google

ner alors une maladie du cœur. On dit que pendant les vingt années qu'elle a passées à l'hospice, elle paraissait généralement souffrante, se plaignant d'étouffements, quelquefois de douleurs abdominales; le teint toujours jaunâtre. Il paraît certain que, durant ce temps, elle n'a jamais eu la jaunisse. Elle parvint cependant à un âge avancé, mais très-faible et très-cassée.

Le 31 janvier 1838, elle entra à l'infirmerie, salle Sainte-Anne, n° 30, pour des accidents très-graves que je ne pus observer, étant alors absent du service, et sur lesquels l'élève qui me remplaçait n'a point conservé de notes. Je n'ai sur ce point que les renseignements suivants, que M. Cruveilhier a bien voulu me communiquer, et qui me paraissent suffire pour donner une idée de leur physionomie. Ces accidents semblaient caractériser un étranglement interne; tel fut le diagnostic porté. Il y avait une tension, une tuméfaction assez fortes du côté droit de l'abdomen, des douleurs excessives survenues presque subitement, des vomissements et une constipation opiniâtres. Je ne sais pas au juste quel traitement fut employé; mais ces accidents se dissipèrent assez promptement, et ne se reproduisirent pas. *Il n'y a pas eu d'ictère.*

Je retrouvai cette femme dans les salles, au mois de mars, et je l'observai jusqu'au mois de juin où elle mourut âgée de 61 ans. Elle était dans un état de maigreur extraordinaire; sa taille naturellement petite, ses membres ratatinés, lui donnaient dans le lit, l'aspect d'un enfant. Elle demeurait toujours couchée immobile, ne parlant pas d'elle-même, répondant à voix basse aux questions qu'on lui faisait. Sa peau desséchée, de la teinte terreuse des anciennes altérations organiques, ne se couvrait jamais de sueur. Dans les deux derniers mois de sa vie, elle laissait aller sous elle. Elle mangeait peu, et ne vomissait jamais. La circulation était d'une lenteur et d'une faiblesse remarquables, et les extrémités toujours très-froides. Elle mourut doucement, sans agonie, et n'ayant jamais présenté, depuis les accidents pour lesquels elle était entrée à l'infirmerie, rien autre chose à noter que l'état d'anémie dans lequel elle était plongée. On s'attendait à trouver quelque lésion organique profonde de l'abdomen, mais dont on ne soupçonnait ni le siége ni la nature.

Autopsie. Le cerveau et la poitrine, examinés avec soin, ne présentèrent rien qui puisse offrir ici quelque intérêt.

On ne trouva rien non plus à noter dans le péritoine, le canal gastro-intestinal, qui fut ouvert d'un bout à l'autre, ni dans les organes du bassin. On remarqua seulement une énorme dilatation des canaux biliaires. Cette dilatation, qui avait plus que triplé leurs diamètres en tous sens, s'étendait également à toutes les parties dont se composent les voies biliaires, et jusqu'aux ramifications du canal hépatique dans l'intérieur du foie. La vésicule était remplie d'une grande quantité de bile jaune, que l'on rencontrait aussi dans les conduits biliaires, et dans laquelle nageaient quelques calculs jaunâtres et mollasses, fort petits et irréguliers.

Le canal cholédoque étant incisé de haut en bas, on vit son extrémité duodénale bouchée par un champignon cancéreux, du volume d'une petite noix. C'était une masse rougeâtre, assez molle à sa surface, semblant du squirrhe ramolli; car, à sa base, il y avait quelques points blancs, fermes, criant presque sous le scalpel, évidemment squirrheux. Elle était adhérente à tout le pourtour de ce conduit, et en occupant à peu près le quart inférieur, pénétrant même dans la partie qui traverse obliquement la paroi du duodénum. Un stylet introduit par l'orifice duodénal traversait facilement la tumeur cancéreuse, dont la partie centrale surtout était trop molle pour exercer aucune résistance. A la partie supérieure de cette tumeur se trouvait comme arrêté un petit calcul, semblable à ceux de la vésicule. Du côté de la cavité duodénale, il n'y avait rien de remarquable, si ce n'est une saillie plus prononcée qu'à l'ordinaire, de l'espèce de tubercule placé à l'orifice du canal cholédoque.

Le foie était très-sain, à part la dilatation des canaux hépatiques, dont j'ai déjà parlé; aucun organe ne présentait de vestiges de la dégénérescence cancéreuse.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Juin 1840.

RÉPONSE A LA CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE

De MM. Broeckx, Van Camp, Mathyssens, médecins à Anvers, et Haine, médecin à Merxem; publiée par la Société de médecine d'Anvers sur le rapport judiciaire dressé par MM. RUL-OGEZ, docteur médecin, etc., à Anvers, et COOLS, médecin à Broechem; et qui a concouru à provoquer l'accusation d'infanticide portée contre la nommée Jeanne Catherine Bosschaerts, condamnée à la peine de mort, par arrêt de la cour d'assises de la province d'Anvers, en date du 6 mai 1840.

Comme je ne veux pas être ennuyeux, je n'entrerai pas en réflexions sur la mission que s'est imposée la Société de médecine d'Anvers (dont il est bon de dire que j'ai fait partie comme secrétaire et trésorier pendant environ un an, et dont, comme plusieurs autres médecins, je me suis retiré) en rédigeant sur notre rapport une consultation médico-légale que je me permets d'appeler une censure médico-légale.

J'accepte donc le but uniquement scientifique qu'énoncent MM. les consultants, et je les prie

Digitized by Google

de croire qu'en leur répondant je n'ai pas d'autre dessein que de démontrer que notre rapport, loin d'avoir été fait avec légèreté et ignorance des principes de la médecine légale, comme les considérations et les conclusions de leur consultation tendent à l'établir, est en tout conforme aux règles de cette science, de l'honneur et de la vérité.

Il est cependant un point sur lequel je ne saurais tout à fait fermer les yeux, c'est le mode de publication que la Société de médecine d'Anvers a choisi de préférence pour sa consultation ; elle a lancé avec profusion son pamphlet dans notre ville, en omettant toutefois d'en adresser un exemplaire à ceux dont l'honneur et les capacités sont mis en jeu ; ce n'est qu'environ quinze jours après la distribution de la brochure (le 14 juin) qu'il m'en est parvenu un exemplaire coupé, froissé, sans adresse, et venant de je ne sais où, après m'être déjà plaint publiquement et à diverses reprises de l'inconvenance de semblables procédés de la part d'une Société qui s'intitule *Société de médecine d'Anvers*; la loyauté, je pense, aurait ensuite dû engager ces Messieurs à laisser de côté les initiales et à imprimer nos noms en toutes lettres, car pour moi je crains plus un imprudent ami qu'un sage ennemi ; je m'abstiens à ce sujet de commentaires et je choisis pour ma réponse la publicité scientifique, c'est-à-dire le journal de médecine le *Bulletin médical belge* auquel je suis abonné et j'en appelle même à tous les médecins légistes de mon pays. Voici d'ailleurs notre rapport suivi de la consultation médico-légale; vient ensuite ma réfutation :

Rapport. — Je soussigné, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, sur la réquisition de M. le juge d'Instruction au parquet d'Anvers, me suis transporté aujourd'hui 26 mars 1840 après-midi, avec lui et M. Van Thielen, substitut du procureur du roi, au village de Broechem, province d'Anvers, afin d'examiner la fille Jeanne Catherine Bosschaerts, âgée de 18 à 19 ans, que l'on présume être accouchée il y a quelques jours, et de constater son état.

Arrivés audit village, on nous a conduits au domicile des parents de J. C. Bosschaerts, où nous l'avons trouvée vaquant à des travaux domestiques; par l'examen que j'en ai fait, après avoir prêté le serment voulu par la loi, j'ai reconnu les circonstances suivantes :

I. La face était pâle, les pupilles dilatées; il n'existait point de symptômes fébriles.

II. Les mamelles m'ont paru encore tuméfiées, les mamelons étaient saillants et leur auréole large et de couleur brune; de plus en les exprimant j'en ai fait sortir des gouttes de lait bien caractérisé par sa couleur et sa consistance.

III. Le ventre était souple, la peau en était lâche, ridée, parsemée d'éraillures blanchâtres, luisantes, entrecroisées, et qui des régions des aines et du pubis se dirigeaient principalement vers l'ombilic, la partie antérieure, supérieure et externe des cuisses en présentait aussi quelques-unes de chaque côté. Il existait aussi une ligne brunâtre qui du pubis se portait à l'ombilic; et de l'écartement dans la ligne blanche, surtout à la région ombilicale.

IV. Le toucher m'a fait reconnaître que la matrice était encore développée, une partie de son corps s'élevait encore au-dessus du rebord du pubis, son col était mou, peu saillant et l'orifice dilaté au point d'admettre l'introduction du bout du doigt.

V. Les parties génitales étaient dilatées dans toute leur étendue, il s'en écoulait un liquide blanchâtre, mêlé de sang, qui avait l'odeur forte particulière aux lochies, comme je m'en suis assuré par les linges de la fille. La fourchette n'était pas entièrement déchirée. Le spéculum utéri m'a démontré que l'orifice du col de la matrice donnait issue au liquide dont il vient d'être parlé.

VI. Le toucher m'a fait reconnaître que le bassin était ample, bien conformé et disposé pour un accouchement facile.

M. Cools, soussigné, docteur à Broechem, ayant été requis pour visiter la dite fille Bosschaerts peu de temps après moi et en ma présence reconnaît avoir fait absolument les mêmes observations énoncées dans les six paragraphes précédents.

D'après l'ensemble de ces différentes observations, nous assurons :

1° Que J. C. Bosschaerts est accouchée depuis peu, mais qu'il peut bien s'être écoulé déjà huit, dix ou douze jours.

2° Que d'après la disposition du bassin, l'accouchement à pu être facile.

Pendant notre séjour à Broechem, les aveux de la fille Bosschaerts nous ont procuré la découverte du cadavre de l'enfant dont elle était accouchée, lequel nous a été présenté à la maison communale pour en faire l'examen et déterminer la cause de sa mort ; ce à quoi nous avons procédé sur le champ; avons reconnu ce qui suit :

I. Cet enfant du sexe masculin était gros, gras et bien conformé, sans fétidité ni signe de putréfaction, hors quelques taches livides sur le ventre de chaque côté de l'ombilic.

II. Le point médian de la longueur du fœtus correspondait à l'ombilic, d'ailleurs le cuir chevelu, les ongles, les yeux, l'état de développement de l'enfant nous indiquaient suffisamment qu'il était venu à terme et très-vivace.

III. La peau de tout le corps avait une couleur rosée, était couverte d'un enduit sébacé desséché, l'épiderme n'était enlevé ni soulevé nulle part, les articulations étaient roidies dans le sens de la flexion et de la pronation.

IV. Il y avait à l'ombilic une portion du cordon ombilical de plus de deux pieds de longueur sans ligature, qui paraissait avoir été cassé ou déchiré, car son extrémité libre quoique à moitié desséchée

Digitized by Google

présentait une surface inégale et frangée; le cordon était flasque et exsangue.

V. Le placenta joint au cadavre ne présentait rien d'anormal, il était exempt de putréfaction et le fragment de cordon ombilical y adhérent avait environ un demi pied de longueur.

VI. Toutes les autres parties du corps ne présentaient à l'extérieur aucune apparence d'altération, sinon à la partie antérieure et moyenne du cou et au pourtour de l'orifice extérieur de la bouche où siégeaient plusieurs larges ecchymoses ressemblant à des impressions digitales, de couleur violacée, avec épanchement d'un sang caillé dans les chairs subjacentes comme nous nous en sommes assurés par la dissection.

VII. Les viscères contenus dans l'abdomen étaient sans altération et bien conformés; la vessie était vide, le gros intestin rempli de méconium et l'estomac ne contenait que des mucosités.

VIII. Ayant ouvert la poitrine, nous avons trouvé les organes bien conformés; les poumons étaient développés, d'une couleur rosée et sans aucun signe de putréfaction; nous les avons retirés de la poitrine avec le cœur et la glande thymus après avoir lié la trachée artère et les gros vaisseaux, et nous les avons placés dans un seau plein d'eau propre; le tout réuni a complètement surnagé. Nous avons séparé le cœur et la glande thymus, qui placés seuls dans le seau d'eau ont promptement gagné le fond. Nous avons coupé chaque poumon en plusieurs pièces et nous avons remarqué qu'ils crépitaient sous le scalpel, ayant pressé fortement les morceaux sous l'eau dans la main il nous a été facile de voir la mousse gagner le niveau du liquide; ayant ensuite lâché les morceaux de poumon, ils se sont élevés promptement à la surface de l'eau.

IX. Le volume de la tête était de grosseur ordinaire et le cuir chevelu implanté de cheveux; après avoir mis le cerveau à découvert il nous a paru évident que tous les organes contenus dans la boîte du crâne étaient manifestement congestionnés, les sinus et les membranes du cerveau étaient gorgés de sang; le cerveau était mollasse et la rougeur de sa substance démontrait clairement qu'il était dans un état de congestion sanguine.

De ces différentes observations nous concluons :

1° Que l'enfant de J. C. Bosschaerts dont nous avons fait l'autopsie était à terme, viable et bien constitué.

2° Qu'il est né vivant, et qu'il a complètement respiré.

3° Qu'il est mort peu de temps après sa naissance et qu'il paraît avoir succombé à l'asphyxie par strangulation.

4° Que si la putréfaction du cadavre n'est pas plus avancée depuis que la dite fille paraît être accouchée, il faut en attribuer la cause à la température basse qui règne depuis quelque temps et à l'endroit où le cadavre a été déposé dans une chambre froide, élevée de quelques pieds au-dessus du sol, en partie soustrait à l'air ambiant sous des étoupes.

En foi de quoi nous avons rédigé et signé le présent rapport que nous déclarons conforme à la vérité et aux règles de l'art.

Anvers, le 26 mars 1840.

Signé : F. A. Rul-Ogez,
F. C. Cools.

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE SUR LE RAPPORT JUDICIAIRE DANS L'ACCUSATION D'INFANTICIDE PORTÉE CONTRE LA NOMMÉE JEANNE CATHERINE BOSSCHAERTS;

Par C. Broeckx, F. L. Vancamp, F. J. Matthyssens, docteurs en médecine, à Anvers. L. Haine, docteur en médecine, à Merxem.

Nous soussignés C. Broeckx, F. L. Vancamp, F. J. Matthyssens, docteur en médecine à Anvers, et J. Haine, docteur en médecine à Merxem, chargés par la Société de médecine d'Anvers, de donner, dans un but scientifique, notre avis sur le rapport fait par MM. R. et F. C., docteurs en médecine, dans une occasion d'infanticide intentée contre Jeanne Catherine Bosschaerts, après avoir pris connaissance et examiné le susdit rapport, ainsi que les autres pièces du procès, nous croyons pouvoir donner en honneur et conscience la consultation médico-légale suivante.

Les pièces qui nous ont été remises sont :

1° Une lettre en date du 25 mars 1840, adressée à M. le procureur du roi à Anvers, par M. G. Loots, bourgmestre de la commune de Broechem, faisant mention qu'il résultait d'un bruit public que la nommée Jeanne Catherine Bosschaerts serait accouchée et qu'il n'avait pas été fait de déclaration de naissance.

2° Un procès-verbal de M. Hyacinthe Colin, juge d'instruction, assisté de son commis greffier, M. Mintjens et de M. Vanthielen, substitut du procureur du roi, en date du 26 mars 1840.

3° Un rapport médico-légal fait par messieurs les docteurs R. et F. C. en date du 26 mars 1840.

4° Les interrogatoires de la fille Jeanne Catherine Bosschaerts, de Gommaire Loots, bourgmestre de la commune de Broechem, de Colette Sofrie, âgée de 19 ans, de Joseph Lemmers, âgé de 19 ans, de Corneille Vermeulen, âgé de 50 ans, et domestique chez les parents de la fille Bosschaerts.

Nous croyons pouvoir extraire de ces pièces, les faits qui suivent :

Nota. Par arrêt de la Cour d'Assises d'Anvers en date du 6 mai 1840, *Jeanne Catherine Bosschaerts* a été déclarée coupable d'infanticide et condamnée à la peine de mort. Dès lors la présente consultation médico-légale n'a plus qu'une portée scientifique.

Digitized by Google

Exposition des faits.

1° La fille Jeanne Catherine Bosschaerts, âgée de 18 ans, demeurant à Broechem chez ses parents, Petronille Bosschaerts et Pierre Geudens, paraît avoir été enceinte peu de temps après la fête de SAINT-PIERRE, en 1839. (Ce jour de fête vient le 29 juin.) Joseph Lemmers a déclaré dans son interrogatoire qu'il ne s'était pas écoulé un mois après la fête de SAINT-PIERRE, lorsque la fille Jeanne Catherine Bosschaerts lui a avoué être enceinte de lui; il est parti de la maison de Pierre Geudens peu de temps après et particulièrement pour ce motif. Le dimanche après le jour des Rois 1840, la fille Bosschaerts lui a de nouveau déclaré sa grossesse, et dès lors, il a pu calculer, dit-il, qu'elle devrait accoucher pendant le courant du mois de mars.

2° Elle n'a pas ignoré sa grossesse.

3° Elle était dans son lit lorsqu'entre le 8 et le 9 mars 1840, elle commença à éprouver les maux de l'enfantement; elle s'est alors rendue dans l'étable, et là, assise avec les jambes en bas, l'enfant est venu au monde; elle a déclaré n'avoir pas vu vivre son enfant, l'avoir amené avec elle dans son lit et l'avoir *noué* dans un mauvais jupon. Le lendemain elle fit accroire à ses parents qu'elle était malade, et le surlendemain, lorsque sa mère était sortie, elle a porté son enfant dans un petit entresol où elle l'a déposé dans la paille d'un lit sur lequel on ne couchait pas, et dans laquelle le cadavre de l'enfant est resté jusqu'au 26 mars, jour où il a été saisi pour être déposé à la maison communale. Après son accouchement dans l'étable, la fille J. C. Bosschaerts a entremêlé la paille, pour cacher le sang qu'elle avait perdu. Que l'accouchement a eu lieu entre le 8 et le 9 mars paraît également résulter de la déposition de Corneille Vermeulen, qui a déclaré qu'il croyait se rappeler que la fille J. C. Bosschaerts était restée un jour au lit, il y a environ trois semaines entre le 8 et le 9 mars.

Dans un second interrogatoire, la fille J. C. Bosschaerts a déclaré ne pas se rappeler au juste quel jour elle serait accouchée; que cela a pu être entre le 15 et le 16 du même mois; *mais elle n'a fait cette déclaration que sur l'interpellation que l'on ne pouvait pas croire qu'elle était accouchée depuis si longtemps.*

FAITS EXTRAITS DU RAPPORT MÉDICO-LÉGAL DE MM. LES DOCTEURS R. ET F. C.

a. *Faits relatifs à la mère.*

Nous avons trouvé J. C. Bosschaerts vaquant à des occupations domestiques et nous avons reconnu les circonstances suivantes :

1° Face pâle, pupilles dilatées, point de symptômes fébriles.

2° Mamelles paraissant encore tuméfiées, mamelons saillants et leur auréole large et de couleur brune; en exprimant les mamelles, il en sort des gouttes de lait bien caractérisé par sa couleur et sa consistance.

3° Ventre souple; la peau en est lâche, ridée et parsemée d'éraillures blanchâtres, luisantes, entrecroisées et qui des régions des aines et du pubis se dirigent principalement vers l'ombilic. Ligne brunâtre, qui du pubis se porte à l'ombilic : écartement dans la ligne blanche, surtout à la région ombilicale.

4° On reconnaît par le toucher que la matrice est encore développée et que son corps s'élève encore au-dessus du rebord du pubis. Col de la matrice mou, peu saillant, son orifice dilaté au point d'admettre l'introduction du bout du doigt.

5° Parties génitales dilatées dans toute leur étendue; il s'en écoule un liquide blanchâtre mêlé de sang, ayant l'odeur forte particulière aux lochies, comme on s'en est assuré par les linges de la fille. La fourchette n'est pas entièrement déchirée. L'introduction du spéculum utéri démontre que l'orifice du col de la matrice donne issue au liquide dont il vient d'être parlé.

6° Le toucher fait reconnaître que le bassin est ample et disposé pour un accouchement facile.

D'après l'ensemble de ces différentes observations nous assurons :

1° Que J. C. Bosschaerts est accouchée depuis peu, mais qu'il peut bien s'être écoulé huit, dix ou douze jours.

2° Que d'après la disposition du bassin, l'accouchement a pu être facile.

FAITS EXTRAITS DU RAPPORT MÉDICO-LÉGAL RELATIFS A L'AUTOPSIE DE L'ENFANT (1).

a. *Eu égard à la viabilité de l'enfant et à son terme.*

L'enfant est du sexe masculin, gros, gras et bien conformé; le point médian de la longueur du fœtus correspond à l'ombilic. Le cuir chevelu, les ongles, les yeux, l'état de développement de l'enfant indiquent suffisamment qu'il est venu à terme et très-vivace. La tête est de grosseur ordinaire, les viscères contenus dans l'abdomen sans altération et bien conformés.

b. *Eu égard à la putréfaction du cadavre.*

L'enfant est sans fétidité, ni signe de putréfaction, hors quelques taches livides sur le ventre de chaque côté de l'ombilic. La peau de tout le corps a une couleur rosée; elle est couverte d'un enduit sébacé, desséché; l'épiderme n'est soulevé, ni enlevé nulle part; les articulations sont roidies dans le sens de la flexion et de la pronation. Le placenta joint au cadavre ne présente rien d'anormal; il est exempt de putréfaction, et le fragment du cordon ombilical y adhérent a environ un demi-pied de longueur.

c. *Eu égard à la respiration.*

Organes de la poitrine bien conformés, poumons développés, d'une couleur rosée et sans aucun signe de putréfaction. Ces organes retirés de la poitrine avec le cœur et la glande thymus, après avoir lié la trachée-artère et les gros vaisseaux, ont été placés dans un seau d'eau propre; le tout réuni a complétement surnagé. Le cœur et la glande thymus placés seuls dans le seau d'eau, ont promptement gagné le fond. Chaque poumon coupé en plusieurs pièces, on a remarqué qu'ils crépitaient sous le scalpel. Ces

(1) L'autopsie a été faite le soir, à la lumière.

Digitized by Google

pièces de poumons pressées sous l'eau dans les mains, il a été facile de voir la mousse gagner le niveau du liquide. Ces morceaux ayant été ensuite lâchés se sont promptement élevés à la surface de l'eau.

d. *Eu égard aux violences qui auraient pu être exercées sur l'enfant.*

A l'extérieur du cadavre on n'observe aucune altération, sinon à la partie antérieure et moyenne du cou et au pourtour de l'orifice extérieur de la bouche, où siégent *plusieurs larges ecchymoses* RESSEMBLANT *à des impressions digitales de couleur violacée* avec épanchement dans les chairs subjacentes d'un *sang caillé*, comme on s'en est assuré par la dissection. Le cerveau mis à découvert, il nous a paru évident que tous les organes contenus dans la boîte du crâne étaient manifestement congestionnés; les sinus et les membranes du cerveau étaient gorgés de sang; le cerveau était mollasse et la rougeur de sa substance démontrait clairement qu'il était dans un état de congestion sanguine.

Il y avait à l'ombilic une portion de cordon ombilical *de plus de deux pieds de longueur sans ligature*, qui paraissait avoir été cassé ou déchiré, car son extrémité libre, quoiqu'à moitié desséchée, présentait une surface inégale et frangée : le cordon était flasque et exsangue.

CONCLUSIONS DU RAPPORT MÉDICO-LÉGAL DE MESSIEURS LES DOCTEURS R. ET F. C.

1° L'enfant de la fille J. C. Bosschaerts, dont nous avons fait l'autopsie, était à terme, *vivace* et bien constitué.

2° Il est *né vivant* et il a *complétement respiré*.

3° Il est mort peu de temps après sa naissance, et il *paraît* avoir succombé à l'asphyxie par strangulation.

4° Si la putréfaction du cadavre n'est pas plus avancée depuis le temps que ladite fille paraît accouchée, il faut en attribuer la cause à la température basse qui règne depuis quelque temps et à l'endroit où le cadavre a été déposé dans une chambre froide, élevée de quelques pieds au-dessus du sol, en partie soustrait à l'air ambiant sous des étoupes.

DISCUSSION DES FAITS.

Les faits que nous venons de rapporter sont : 1° relatifs à la mère; 2° relatifs à l'enfant.

Faits relatifs à la mère.

Première question. La fille J. C. Bosschaerts est-elle accouchée récemment? Ce fait n'est pas douteux, la fille J. C. Bosschaerts l'avouant et reconnaissant son enfant. En outre, cela est évident sans cet aveu, puisque les mamelles sécrétaient du lait, que la matrice était développée et qu'elle donnait issue au liquide des lochies, comme après un accouchement récent.

Deuxième question. Depuis combien de jours date l'accouchement? Si l'on fait attention à ce que le corps de la matrice dépassait encore le rebord supérieur du pubis, que cet organe donnait issue à des lochies mêlés de sang, que son col était dilaté au point d'admettre l'introduction du bout du doigt, on sera porté à admettre avec Messieurs les docteurs R et F. C., que l'accouchement de la fille J. C. Bosschaerts date d'environ huit, dix à douze jours, estimation qui s'accorde avec sa seconde déposition, qu'elle serait accouchée entre le 15 et le 16, et qui se trouve aussi plus en harmonie avec l'absence de fétidité et de putréfaction du fœtus, absence dont les médecins experts font mention. Mais d'un autre côté, la fille J. C. Bosschaerts a déclaré à deux reprises différentes qu'elle s'est accouchée entre le 8 et le 9, et c'est aussi à la même époque que, d'après la déclaration de Corneille Vermeulen, la fille J. C. Bosschaerts est restée au lit pendant un jour. De plus, nous ferons ici mention que le bourgmestre de la commune de Broechem, M.G. Loots, déclare dans son interrogatoire que le cadavre de l'enfant a été trouvé sous une paillasse de balle d'avoine, et qu'aussitôt qu'on souleva cette paillasse pour l'ôter de la paille, qui se trouvait en dessous, il se répandit dans l'air une odeur tellement infecte qu'il crut que la peste entrait dans la maison, et qu'il se ressouvint de cette même odeur deux jours après. Il a déclaré qu'à la maison communale, où a eu lieu l'autopsie de l'enfant, l'infection n'avait pas encore disparue au bout de 3 ou 4 jours, malgré que les fenêtres fussent restées ouvertes pendant deux fois 24 heures. La contradiction de cette déposition avec le rapport médico-légal ne permet pas de décider si la fille J. C. Bosschaerts s'est plutôt accouchée entre le 8 et le 9 mars qu'entre le 15 et le 16. Nous ferons toutefois ici remarquer qu'à l'audience l'un des médecins, M. F. C., a déclaré que le placenta exhalait cette odeur infecte dont parle le bourgmestre; mais il soutenait que le fœtus était encore en bon état; déclaration qui pour le placenta est contraire à ce qu'il a signé dans le rapport médico-légal.

Troisième question. L'accouchement a-t-il pu être facile? Nous sommes tout à fait d'accord sur ce point avec les médecins experts, MM. R. et F. C. Nous pensons même que l'accouchement a dû être facile, si l'on fait attention que la fourchette n'était pas entièrement déchirée et que la fille J C. Bosschaerts n'a fait aucune mention qu'elle aurait éprouvé de grands maux d'enfantement.

Faits relatifs à l'enfant.

Première question. L'enfant était-il dans des conditions de viabilité? Cette question nous paraît devoir être résolue par l'affirmative; en effet, les médecins rapporteurs disent que l'enfant est gros, gras, bien conformé; que la tête est de grosseur ordinaire, que le cuir chevelu est implanté de cheveux, que le point médian de la longueur du fœtus correspond à l'ombilic et que les organes thoraciques et abdominaux sont sans aucune altération et bien conformés. Il est à regretter que les médecins rapporteurs n'aient pas pesé le corps du fœtus, qu'ils n'aient pas mesuré les diamètres de la tête, ni la longueur du corps. Nous devons encore signaler ici l'omission de l'ouverture du canal rachidien, omission qui permet de supposer que la moelle vertébrale a pu être atteinte d'une maladie mortelle, qui aurait pu préexister à la naissance.

Deuxième question. L'enfant était-il à terme? Nous sommes portés à résoudre affirmativement cette question,

d'après l'état de développement de l'enfant et d'après tous les faits énoncés dans la première question. Cette manière de voir s'accorde également avec la déposition de Joseph Lemmers, que la fille J. C. Bosschaerts lui a avoué être enceinte alors qu'il ne s'était pas encore écoulé un mois après la fête de saint Pierre; or elle n'a pu lui faire cet aveu que parce que ses règles devaient déjà être supprimées depuis quelque temps; et d'après cela, Joseph Lemmers a pu calculer que la fille J. C. Bosschaerts devait venir en couche pendant le courant du mois de mars, ce qui a eu lieu effectivement. On objectera peut-être que si l'enfant avait été à terme, l'accouchement n'aurait pu être facile et que la fourchette aurait dû avoir été déchirée entièrement; à cela nous répondrons que les parties génitales de l'une femme sont plus dilatables que celles d'une autre, et que nous avons observé un accouchement facile au bout de trois heures de temps chez une primipare. Nous signalerons ici une omission dans le rapport; c'est que les médecins experts n'ont pas recherché s'il existait un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur : on sait que c'est seulement à l'époque de 9 mois, le seul os long qui ait un commencement d'ossification épiphysaire.

Troisième question. Depuis combien de temps date la naissance de l'enfant? Il nous paraît impossible de décider si la naissance de l'enfant date plutôt de 17 jours que de 10 jours. On sera porté à admettre 17 jours, si l'on a égard aux deux premières déclarations de la fille J. C. Bosschaerts et à celle de Corneille Vermeulen que l'accouchement aurait eu lieu entre le 8 et le 9 mars, si l'on a égard à l'odeur infecte du cadavre d'après la déposition du bourgmestre G. Loots. D'un autre côté, on aurait lieu de croire que la naissance ne date pas d'aussi longtemps, puisque les médecins experts disent dans leur rapport que le cadavre du fœtus, ni le placenta n'offraient aucun signe de putréfaction, que l'épiderme n'était soulevé, ni enlevé nulle part, que les articulations étaient roidies dans le sens de la flexion et de la pronation. Cette absence de putréfaction se concilie difficilement avec une naissance qui date depuis 17 jours; elle se concilie même difficilement avec une naissance qui date depuis 10 jours: il est vrai que d'après les médecins experts, le cadavre du fœtus s'est trouvé dans des conditions défavorables à la putréfaction, que la chambre dans laquelle il se trouvait était froide, qu'une température basse régnait depuis quelque temps et que l'enfant était soustrait à l'air ambiant sous des étoupes. (D'après la déclaration de la fille J. C. Bosschaerts et du bourgmestre, l'enfant était renfermé dans un jupon et le tout se trouvait sous une paillasse de balle-d'avoine.)

Nous avons vu plus haut que les articulations étaient roidies dans le sens de la flexion et de la pronation; les médecins rapporteurs ne disent pas s'ils ont recherché à quelle cause l'on devait attribuer cette roideur. Dépendait-elle de la rigidité cadavérique? probablement non, puisque cette rigidité ne persiste pas ordinairement au delà de trois à quatre jours; mais ce qui paraît exclure positivement l'opinion que cette roideur serait le résultat de la rigidité cadavérique, c'est que celle-ci ne coïncide pas avec un commencement de putréfaction qui se trouve signalé par les médecins experts lorsqu'ils disent que l'enfant est sans fétidité ni signe de putréfaction *hors quelques taches livides sur le ventre de chaque côté de l'ombilic*, et dans le 4e paragraphe de leurs conclusions, *si la putréfaction n'est pas plus avancée*. Enfin disons qu'il nous paraît que le placenta, qui d'après la déclaration à l'audience du médecin F. C., exhalait l'odeur infecte dont parle le bourgmestre, et qui se trouvait sous la paillasse avec l'enfant, aurait dû favoriser la putréfaction. Une remarque générale que nous croyons cependant devoir faire ici, c'est que l'histoire médico-légale des moyens propres à déterminer l'époque de la mort est loin d'être à sa perfection et qu'on n'a pas encore parfaitement apprécié à quelle époque survient tel ou tel phénomène cadavérique, tel ou tel mode de putréfaction, ni quelle est leur durée.

Quatrième question. L'enfant a-t-il respiré? Le développement des poumons, leur couleur rosée, leur surnatation alors qu'ils étaient réunis avec le cœur et la glande thymus, leur surnatation séparés de ces organes, alors qu'ils étaient entiers et après avoir été coupés en plusieurs morceaux, prouve manifestement qu'ils renfermaient un fluide aériforme. Mais cette surnatation des poumons dépendait-elle de la respiration, de la putréfaction, d'un emphysème pulmonaire ou de l'insufflation? Examinons isolément chacune de ces questions.

Putréfaction. Les médecins experts disent que les poumons sont sans aucun signe de putréfaction; ce qui se conçoit aisément, puisque les poumons non isolés du corps ne se putréfient que tardivement, comme le prouvent les expériences faites par M. Orfila. Ajoutons que lorsque les poumons se putréfient, il se développe à leur surface une multitude de petites ampoules produites par des gaz développés entre le tissu du poumon et la plèvre pulmonaire, que coupés en fragments et comprimés sous l'eau ils laissent dégager des bulles d'air très-larges, et qu'abandonnés ensuite à eux-mêmes, ils vont immédiatement au fond de l'eau. Pour le cas dont il est ici question, tout le contraire a été observé, donc la surnatation des poumons ne dépendait pas de la putréfaction.

Emphysème pulmonaire. Il est très-rare qu'un emphysème pulmonaire existe chez des fœtus *mort-nés*, qui n'offrent aucun signe de putréfaction; il doit encore être infiniment plus rare que cet emphysème soit assez considérable pour faire surnager toutes les parties des poumons coupés en morceaux. D'ailleurs dans un emphysème de poumons qui n'ont pas respiré, le fluide gazeux, qui ne peut être de l'air atmosphérique, occupe le tissu cellulaire et lorsqu'on comprime les poumons coupés en morceaux, on l'en fait sortir et alors les poumons tombent au fond de l'eau. Les poumons de l'enfant de la fille J. C. Bosschaerts, coupés en morceaux et comprimés laissent bien dégager des bulles d'air, mais aussitôt lâchés, ils se sont *promptement* élevés à la surface de l'eau; donc ces poumons ne surnageaient pas par suite d'un emphysème.

Insufflation. Des poumons insufflés se comportent dans la docimasie pulmonaire de Galien, absolument de la même manière que des poumons qui ont respiré; en effet, dans l'un et dans l'autre cas, l'air occupe les vésicules pulmonaires. Mais dans l'acte de la respiration, il ne s'introduit pas seulement de l'air dans les poumons, une plus grande quantité de sang y afflue également. D'après cela on a pensé que l'on pourrait distinguer la respiration de l'insufflation par la coloration différente du tissu des poumons et par la pesée comparative des poumons dans l'air et dans l'eau, ou en d'autres termes en les soumettant à l'épreuve hydrostatique de Daniel. Pour ce qui concerne

Digitized by Google

la différence de couleur, le tissu pulmonaire dans la respiration offre une injection capillaire rose sur un fond orangé clair, tandis que dans l'insufflation des poumons d'un enfant mort-né, l'injection capillaire sanguine n'a pas lieu. Ces distinctions auxquelles le médecin-légiste doit avoir égard, sont cependant très-subtiles et tous les médecins sont d'accord qu'elles sont incapables de décider la question. Quant à l'épreuve hydrostatique de Daniel, il est inutile d'en donner ici la longue description, puisque dans l'état actuel de la science elle est inapplicable et que d'ailleurs elle ne peut conduire à aucun résultat (voir *Précis élémentaire de médecine légale*; par F. J. Matthyssens, tome 1er pag. 124).

Mais si nous n'avons pas de preuves physiques capables de faire distinguer l'insufflation de la respiration, il n'en est pas moins vrai que les preuves testimoniales viennent communément décider la question; et pour le cas spécial dont nous nous occupons, la mère ayant déclaré n'avoir pas vu vivre son enfant et n'ayant pas pratiqué l'insufflation, on peut en conclure à la respiration.

Cinquième question. La respiration s'est-elle établie avant ou après la naissance? Nous fondons cette question sur la possibilité de la respiration pendant la vie intra-utérine; ce que des exemples bien circonstanciés de vagissement utérin ont fait admettre généralement. Toutefois on pourrait ici objecter que le vagissement utérin ne prouve pas positivement, que la respiration ait eu lieu, c'est-à-dire que les poumons soumis à la docimasie surnageront; en effet des cris peuvent se produire par le passage de l'air à travers la glotte, sans que cet air ait dû pénétrer dans les vésicules pulmonaires: mais ce qui met hors de doute la respiration intra-utérine, c'est cet exemple rapporté par M. Lados, d'un enfant mort-né et dont *tout le poumon droit et le lobe supérieur du poumon gauche avaient respiré*. (Voir *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1837, p. 105.) On ne peut donc pas conclure qu'un enfant *est né vivant* par cela seul qu'il a respiré.

Sixième question. Dans la supposition que l'enfant aurait vécu, est-il mort par hémorrhagie ombilicale? L'absence de ligature au cordon ombilical peut faire périr l'enfant d'hémorrhagie ombilicale et cette hémorrhagie survient d'autant plus facilement que la portion de cordon adhérente à l'ombilic est moins longue et que le cordon a été coupé par un instrument tranchant. Dans le cas dont il est ici question, la portion de cordon adhérente à l'ombilic avait une longueur de plus de deux pieds et son extrémité libre était déchirée d'une manière inégale et frangée, ce qui rend l'hémorrhagie ombilicale peu probable. Nous ferons remarquer que les médecins experts n'ont fait aucune mention dans leur rapport de la plus ou moins grande quantité de sang renfermé dans les poumons, dans les cavités du cœur, dans les gros vaisseaux; ce qui n'était pas seulement nécessaire pour décider la question de l'hémorrhagie ombilicale, mais aussi pour décider si l'enfant avait succombé à un asphyxie par strangulation. Rien dans le rapport des experts ni dans les interrogatoires de la fille J. C. Bosschaerts, n'indique si elle a déchiré le cordon ombilical, ou s'il a été rompu par le fait de l'accouchement.

Septième question. Dans la supposition que l'enfant aurait vécu, est-il mort d'asphyxie par strangulation? Le cadavre de l'enfant ne présente aucune trace de violences extérieures sinon, dit le rapport, qu'à la partie antérieure et moyenne du cou et au pourtour de la bouche, où siégent plusieurs larges ecchymoses ressemblant à des impressions digitales de couleur violacée avec épanchement dans les chairs subjacentes d'un sang caillé. Cette description nous paraît trop vague pour rapport de médecine légale. On aurait dû préciser le nombre, la grandeur, la direction de ces ecchymoses, on aurait dû faire connaître approximativement la quantité de sang caillé épanché dans les chairs. Ces détails sont de toute nécessité pour pouvoir décider si ces violences ont été produites *pendant la vie*, ou *peu de temps après la mort*. En effet, ne serait-il pas possible que des caillots de sang se formassent si la violence avait été portée peu de temps après la mort et si elle avait produit la déchirure d'un vaisseau un peu volumineux dans le voisinage d'un tissu cellulaire lâche, ce qui existe pour le pourtour de la bouche et pour la partie antérieure du cou. C'est aussi l'opinion de M. Orfila et de M. Rob. Christison, d'Édimbourg, qui ont fait séparément un grand nombre d'expériences sur ce sujet (voir *Précis élémentaire de médecine légale*; par F. J. Matthyssens, tome 1er, pag. 382 et 386). Pour le cas spécial, dont nous nous occupons, il se peut fort bien que ces violences ont été faites *involontairement* peu de temps après la mort. La fille J. C. Bosschaerts a déclaré n'avoir pas vu vivre son enfant et l'avoir *noué* (*gebonden*) dans un mauvais jupon. Or il se peut que la fille J. C. Bosschaerts ait pu produire *involontairement* ces traces de violences pendant cette opération, soit avec ses doigts, soit avec les plis ou les rubans du jupon. Rien dans le rapport des experts nous dit, qu'ils aient recherché dans quelle situation se trouvait placé l'enfant, de quelle manière il était renfermé dans le jupon, ni qu'ils se soient fait représenter ce jupon. D'ailleurs en supposant que ces traces de violences aient été faites pendant la vie, ce qui n'est pas prouvé, resterait encore à savoir si elles n'ont pu être le fait de l'accouchement, si la fille J. C. Bosschaerts ne les aurait pas pu occasionner *involontairement* en serrant avec force de ses mains la tête et le cou de son enfant déjà sortis de la vulve, pendant que les épaules et le tronc étaient encore dans les parties génitales, afin d'accélérer sa délivrance.

Enfin ne serait-il pas encore possible que ces traces de violences fussent le résultat de ce que la mère assise pendant le travail sur un corps dur, à surface irrégulière, aurait fait des mouvements désordonnés, de manière que la face et le cou de l'enfant, après leur sortie de la vulve, seraient venus frapper contre ce corps? L'on sait en effet qu'au moment des dernières douleurs de l'enfantement, les femmes ne tiennent presque jamais leur bassin dans la même position, mais qu'elles le soulèvent et l'abaissent alternativement ou le déjettent d'un côté à l'autre.

Rien dans le rapport nous indique dans quel état se trouvait le larynx, la trachée-artère, s'ils ne renfermaient pas une mousse sanguinolente; si les poumons coupés en morceaux et comprimés *hors de l'eau* ne renfermaient pas une mousse. L'absence de ces indications donne encore tout le droit de supposer que l'enfant, soit qu'il ait respiré pendant la vie intra-utérine, soit qu'il ait respiré, la tête étant sortie de l'utérus, ait pu tomber avec la face contre terre et plonger dans les eaux de l'amnios et le sang perdu par la mère et périr de la sorte.

Huitième question. L'enfant est-il mort par congestion cérébrale? « Le cerveau mis à découvert, disent les médecins rapporteurs, il nous a paru évident que tous les organes contenus dans la boîte du crâne étaient manifes-

Digitized by Google

tement congestionnés; les sinus et les membranes du cerveau étaient gorgés de sang; le cerveau était mollasse et la rougeur de sa substance démontrait clairement qu'il était dans un état de congestion sanguine. »

Ces phénomènes anatomiques constituent une injection veineuse passive du cerveau et de ses membranes; ils ont pu faire périr l'enfant, cependant ils n'offrent pas une intensité suffisante pour pouvoir le décider. En effet l'observation nous apprend que chez l'enfant nouveau-né la substance cérébrale est molle, et que l'injection des méninges et du cerveau est si commune chez l'enfant naissant qu'il semblerait plus juste, dit Billard (1), de la considérer comme un état naturel que comme un état pathologique. On la trouve sur le plus grand nombre de cadavres. L'un de nous, M. C. Broeckx, médecin de l'hospice des enfants trouvés à Anvers, a fait la même remarque. Nous ajouterons aussi, qu'il n'est pas très-rare dans la pratique des accouchements de voir naître des enfants avec la face livide, sans que pour cela l'accouchement ait été laborieux. On conçoit au reste, la fréquence de ces congestions passives chez l'enfant naissant, si l'on fait attention à l'abondance des vaisseaux du cerveau, à la facilité avec laquelle il survient un obstacle à la circulation et à la respiration, et à l'influence de celle-ci sur la circulation cérébrale.

Conclusions.

De toutes les discussions qui précèdent il résulte :

1° Que la fille J. C. Bosschaerts est accouchée récemment.

2° Qu'il est impossible de fixer depuis combien de jours date l'accouchement.

3° Que l'accouchement a pu être facile et qu'il est probable qu'il a été facile.

4° Que l'enfant de la fille J. C. Bosschaerts était à terme et viable.

5° Qu'il est impossible de fixer depuis combien de jours date la naissance de l'enfant.

6° Qu'il a respiré; mais qu'il n'est pas prouvé qu'il ait respiré après sa naissance. (Cette conclusion est contraire à celle des médecins experts, qui disent que l'enfant est *né vivant.*)

7° Qu'il n'est pas probable qu'il soit mort d'hémorrhagie ombilicale.

8° Que les données renfermées dans le rapport des médecins experts, sont insuffisantes pour pouvoir décider que l'enfant dans la supposition qu'il eût vécu, fut mort d'asphyxie par strangulation. (Les médecins rapporteurs disent, il *parait* avoir succombé à l'asphyxie par strangulation.)

9° Que les traces de violences extérieures observées au cou et à la bouche de l'enfant, ont pu être faites *involontairement peu de temps après la mort*, et que dans la supposition même que ces violences eussent été produites pendant la vie, il se pourrait que la fille J. C. Bosschaerts les aurait pu occasionner involontairement en serrant avec force de ses mains la tête et le cou de son enfant, afin d'accélérer sa délivrance; ou bien qu'ils fussent le résultat de ce que la face et le cou de l'enfant seraient venus frapper, par suite de mouvements désordonnés de la mère, contre un corps dûr et irrégulier après leur sortie de la vulve.

10° Qu'il se pourrait que l'enfant ayant respiré dans l'utérus ou lorsque sa tête fut sortie de l'utérus, fût tombé avec la face contre terre et asphyxié par les eaux amniotiques et le sang perdu par la mère.

11° Que les symptômes de congestion cérébrale observés à l'ouverture du crâne, constituant plutôt un état naturel général, qu'un état pathologique exceptionnel, sont incapables de fournir à des conclusions rigoureuses, et qu'il se peut pour le cas actuel qu'ils fussent liés à l'arrêt de la respiration soit pendant le travail, soit immédiatement après la naissance.

Anvers, ce 21 mai 1840.

Lettre insérée dans le *Journal d'Anvers* du 19 juin 1840, en réponse aux feuilles qui, s'appuyant sur les conclusions de la Société de médecine d'Anvers, non d'accord avec les nôtres, insinuaient au public qu'il paraissait que les médecins rapporteurs s'étaient trompés.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Comme je ne lis pas très-régulièrement votre journal, j'ai eu par hasard connaissance aujourd'hui d'un article intitulé *Justice criminelle* et signé *un avocat*, inséré dans votre numéro du 14 juin courant. Quelle que soit la répugnance que j'éprouve à voir citer, comme homme de l'art, mon nom dans les feuilles politiques, je crois ne pouvoir me dispenser de répondre un mot à cet article. J'ai fortuitement parcouru la brochure émanée de la Société de médecine d'Anvers et rédigée par quatre médecins consultants de ses membres; comme elle porte plus ou moins directement atteinte à l'honneur et à la réputation des médecins rapporteurs, en énonçant des conclusions théoriques qui ne coïncident pas avec celles que nous avons inférées logiquement et scientifiquement des faits soumis à notre examen, je m'occupe de répondre à cette brochure et je ferai insérer ma réponse dans un des prochains numéros du *Bulletin médical belge* (Journal de médecine qui s'imprime à Bruxelles, à la Société Encyclographique, rue de Flandres, sous la direction de M. Florent Cunier), mes réflexions seront précédées de notre rapport et de la consultation médico-légale en question; le public médical et en particulier les médecins légistes de mon pays, seuls compétents en cette matière abstraite seront ainsi mis à même de juger du différend qui existe entre nous et MM. les auteurs de la consultation médico-légale. C'est de cette manière seulement qu'il convient à un homme de l'art de discuter un point scientifique. Je renvoie donc au *Bulletin médical belge* les personnes qui

(1) *Traité des maladies des enfants.*

Digitized by Google

désirent se tenir au courant de cette affaire ; en attendant je respecte les décisions du jury et de la cour, et je soutiens que les conclusions de notre rapport sont les seules vraies, logiques et conformes aux principes de la médecine légale.

En insérant ces lignes dans votre numéro de demain, Monsieur le Rédacteur, vous obligerez le Docteur F. A. Rul-Ogez.

En opposition aux pièces qui ont servi de matière à la critique de MM. les consultants, je rappellerai qu'on a soumis à notre examen l'inculpée J. C. Bosschaerts et le cadavre de son enfant ; j'ajouterai que quoique l'autopsie seulement ait eu lieu *à la clarté de chandelles ordinaires*, avec des yeux de trente ans, qui ne sont ni louches, ni presbytes, ni myopes, hors ceux de mon honoré collègue (je certifie qu'il avait ses lunettes), je crois que les résultats n'en sont pas moins certains ni moins dignes de foi, surtout puisqu'il ne s'agit pas d'effets d'optique, ni de détails, ni de lésions microscopiques, dont cependant on paraît nous reprocher de ne pas avoir fait la recherche, mais de résultats palpables et visibles à la chandelle comme en plein soleil, et qui même ont été vus à une certaine distance par les assistants requis.

Je nie formellement ensuite que la condamnation de l'inculpée ait été la suite des seules conclusions de notre rapport, comme on a cherché à l'insinuer dans l'esprit du public, plusieurs circonstances graves étrangères à notre œuvre scientifique, entre autres des considérations morales d'une haute portée, qu'on paraît ignorer et sur lesquelles je crois qu'il m'est interdit de m'expliquer en ce moment, ont dû puissamment contribuer à établir la conviction de MM. les jurés ; je respecte d'ailleurs la décision du jury et de la cour.

1re *Question.*—Le premier point sur lequel l'opinion de MM. les consultants diffère avec celle des médecins rapporteurs, c'est la date de l'accouchement. Ces MM. semblent, dans l'exposition et dans la discussion des faits relatifs à la mère, plutôt ajouter foi aux assertions vagues, incertaines et inconstantes de personnes étrangères à notre art ; les médecins rapporteurs au contraire ont considéré que les déclarations de l'inculpée ayant été trompeuses, sur ce sujet comme sur tout autre point, ne méritaient pas assez de confiance pour influencer leur opinion, envisageant toutefois qu'elles confirmaient les indices d'un fœtus à terme ; en indiquant donc approximativement le temps écoulé depuis l'accouchement, nous n'avons fait que nous conformer à l'opinion des médecins légistes les plus distingués, partagée généralement par les meilleurs praticiens et consignée même dans le Recueil de M. Matthyssens, tome I, page 92... Conclure comme MM. les consultants que *la fille est accouchée récemment mais qu'on ne peut fixer depuis combien de jours*, c'est dire qu'elle peut être accouchée depuis deux jours, aussi bien que depuis trois semaines, mais le résultat de notre examen et les notions fournies par la science nous obligent de rejeter cette conclusion comme trop vague, trop illimitée et par suite erronée.

2e *Question.* — Les médecins rapporteurs n'étaient pas présents à la découverte du cadavre de l'enfant, et s'ils ont dit dans leur rapport qu'on l'avait trouvé sous des étoupes, c'est que cela leur a été rapporté par des personnes dignes de foi qui y avaient assisté ; l'essentiel d'ailleurs était de constater que le cadavre était soustrait au contact successif de l'air ambiant. Quant à la déclaration de M. Loots, relativement à l'odeur infecte et pestilentielle que répandait le cadavre, nous ne nions pas que la petite quantité d'air, ou les matières solides immédiatement en contact avec lui n'aient pu répandre un peu de mauvaise odeur, mais nous ferons remarquer en passant combien les hommes de l'art, en particulier les médecins légistes, doivent se tenir en garde contre l'exagération et les préventions du public étranger à notre science, notamment à l'égard des choses qui produisent une impression vive sur l'imagination ; c'est ainsi qu'à l'âge de 17 ans, lorsque j'assistai pour la première fois à une dissection cadavérique, mon imagination fut tellement frappée de l'odeur que j'avais cru sentir que pendant trois jours je ne pus toucher à aucune viande, croyant toujours sentir l'odeur du cadavre ; quelques particules odorantes étaient-elles restées dans mes sinus olfactifs ou était-ce simplement le résultat de l'impression des nerfs de l'odorat et de l'imagination? C'est ainsi que je m'explique la déclaration de M. Loots à ce sujet, à laquelle d'ailleurs nous pourrions opposer celle d'un autre témoin oculaire non moins imposant. Après cela il resterait encore à examiner jusqu'à quel point la mauvaise odeur seule est un signe de putréfaction ; MM. les consultants savent bien que dans certaines maladies le corps sans être putréfié répand une odeur infecte avant la mort ; des cadavres en fournissent immédiatement après la mort, d'autres se conservent longtemps sans répandre d'odeur putride. Voici ensuite ce que M. le docteur Cools m'a remis par écrit relativement à la contradiction qu'on lui attribue à ce sujet dans la brochure ; je n'ai pas assisté à sa déposition verbale : « Je n'ai pas déclaré à l'audience de la cour que » le placenta répandait de l'odeur de putréfaction ; » on m'a demandé si la masse apportée par la fille » répandait de l'odeur, à quoi j'ai répondu *oui*, » mais que cela tenait à la malpropreté de l'enve» loppe qui était toute couverte de sang et de mu» cosités, et à la présence du placenta qui répand » toujours de l'odeur ; et qu'après avoir séparé ces » objets du cadavre nous n'avons plus rien senti ; » si l'on m'a compris autrement on m'a mal com» pris ; on ne m'a pas fait directement la demande » si le placenta était en putréfaction, je n'ai donc » pu y répondre, sans cela j'aurais du dire que

» la mauvaise odeur n'est pas toujours un signe de » putréfaction. »

Quoi qu'il en soit, les médecins rapporteurs qui ne sont pas plus amateurs que d'autres d'odeur infecte et pestilentielle, s'étaient prémunis dans cette intention de bonnes matières désinfectantes; cependant les témoins peuvent le déclarer, ils ont trouvé inutile d'en faire usage.

3e *Question*. — Concernant la facilité de l'accouchement, les médecins rapporteurs persistent à trouver plus sage, même en admettant une présentation de la tête, de déclarer que le travail a *pu*, et non pas *dû*, être facile; trop de faits authentiques dans la science sont là pour prouver que des accouchements laborieux ont pu se terminer, et même l'application du forceps s'exécuter, sans déchirure de la fourchette (voyez Levret, Accouchements laborieux); l'ouverture vulvaire n'a pas toujours la même étendue ni la même direction, elle varie d'après la courbure du sacrum, la saillie du coccyx, les diamètres du détroit inférieur, la longueur du périnée, etc., etc. Quant à l'intensité des douleurs d'enfantement en cette circonstance, nous émettons n'avoir pu recueillir aucun indice digne de foi qui pût nous guider. Nous croyons donc que notre conclusion à ce sujet est conforme aux principes de l'obstétrique.

1re *Question*. — Touchant le cadavre de l'enfant, nous avouons ne pas l'avoir pesé à dessein, parce que nous avons considéré cette mesure comme tout à fait inutile dans l'espèce; nous croyons que lorsque un certain nombre de signes positifs suffisent pour tirer une conclusion rigoureuse, on peut dans un rapport bien fait et pour ne pas le surcharger, omettre des signes de peu de valeur; car il importait peu que le petit cadavre pesât 4 ou 10 livres pour être dans des conditions de viabilité : nous qui pratiquons les accouchements, nous l'avons trouvé très-bien développé, des témoins étrangers à notre art, s'écrièrent : *Quel gros et bel enfant!* D'ailleurs des enfants du poids de deux livres sept onces et de la longueur de 15 pouces ont été déclarés à terme et viables par des médecins légistes distingués, certes ceux-là n'étaient pas gros, gras et bien développés et ne pouvaient pas même le paraître à des gens étrangers à la pratique. Après avoir déclaré que la tête était de grosseur ordinaire, à quoi eût-il servi d'indiquer les différents diamètres et de trouver que l'un avait une fraction de ligne de plus, l'autre de moins, que ne l'ont les têtes de grosseur ordinaire d'enfants à terme? Quel est le médecin qui ne sait pas que ces diamètres varient considérablement d'étendue sans empêcher pour cela que le fœtus ne soit à terme et viable? Voyez par exemple le *Recueil de médecine légale*, de M. Matthysseus, tome I, page 199; cela est si vrai qu'il ne faut que se donner la peine de consulter des rapports faits par des sommités de la science et où il n'est pas parlé des diamètres de la tête, pour se convaincre du peu d'importance qu'on doit y ajouter; d'ailleurs il n'est pas si facile de prendre la mesure exacte de ces diamètres, et prise par des médecins différents, elle varie souvent de plusieurs lignes, ce qui s'explique très-facilement par la grande mobilité des os du crâne et la flaccidité des parties molles de la tête du fœtus; nous pensons donc qu'on peut nous croire sur parole lorsque nous affirmons que la tête de l'enfant n'était atteinte ni d'atrophie, ni d'hydrocéphale, à moins de nous supposer atteints d'une étrange hallucination; mais encore des témoins intelligents assistaient à l'autopsie et auraient bien eu la complaisance de nous tirer d'une erreur aussi grave.

Que faut-il penser maintenant du reproche que MM. les consultants nous adressent d'avoir omis l'ouverture du canal rachidien? Et dans quel but l'aurions-nous fait après avoir constaté que l'enfant avait vécu et trouvé les causes de sa mort! Fallait-il aller encore à la recherche de lésions microscopiques dans le système rachidien? Quand même nous eussions découvert dans la moelle épinière un petit point rouge, ou un peu de liquide dans le canal, nous n'aurions osé rien en inférer, notamment sur un cadavre de 12 à 17 jours : nous nous méfions trop des lésions infiniment petites. D'ailleurs quelles sont les maladies congéniales de la moelle épinière qui excluent la viabilité? En réalité, je ne vois que l'hydrorachis ou spina bifida; mais nous nous empressons d'ajouter que cette maladie se reconnaît toujours à l'extérieur. A quoi se réduit maintenant ce reproche d'omission? à ne pas nous être livrés à des dissections longues et inutiles et à ne pas avoir écrit un ouvrage de médecine légale au lieu d'un rapport; en consignant une foule de signes négatifs surabondants, nous aurions ainsi fait un vain étalage de science.

2e *Question*. — On serait tenté de prendre pour une plaisanterie (nous devons confesser que cela nous a fait cet effet), le reproche que nous adressent MM. les consultants de ne pas avoir recherché dans l'espèce s'il existait un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur pour savoir si l'enfant était à terme, après les signes que nous avons énoncés et les aveux de la fille et de son amant, admis par MM. les consultants. Toutefois nous admettons que cette ossification peut dans mainte circonstance douteuse fournir des éclaircissements utiles, mais tel n'était pas le cas actuel. On pourrait signaler ici une omission de la part de MM. les consultants, c'est de ne pas nous avoir reproché d'avoir négligé de signaler dans notre rapport, à l'appui de nos données : que les membres thoraciques étaient plus longs que les membres abdominaux.

3e *Question*.—Nous devons ici renvoyer à ce que nous avons énoncé ci-dessus, à la première question, pour éviter des répétitions fastidieuses. Pour expliquer le peu de progrès de la putréfaction nous renvoyons à ce que nous avons dit dans notre rapport, nous ajouterons néanmoins que le cadavre du fœtus

Digitized by Google

se putréfie moins vite que celui de l'adulte, ensuite que depuis plusieurs jours toutes les nuits le thermomètre de R. descendait au dessous de zéro, et que le soir même où nous fîmes l'autopsie le thermomètre marquait plusieurs degrès au-dessous de zéro R., qu'il a gelé et qu'il est tombé du verglas toute la nuit; MM. les consultants s'expliqueront mieux maintenant la rigidité des membres par la coagulation des humeurs, comme notre rapport le fait suffisamment comprendre, ce qui n'empêchait pas la putréfaction de se déclarer lentement sur les parois abdominales, où elle débute communément. Cette température explique aussi parfaitement l'absence d'odeur putride comme nous l'avons exprimé.

4e *Question.* — Nous passons ici rapidement sur tout ce qui est en dehors de notre sujet, il n'y avait dans les poumons ni putréfaction, ni emphysème, ni insufflation, donc nous avons cru inutile d'en parler.

5e *Question.* — Nous admettons comme possible le vagissement utérin, quoique n'en ayant jamais eu personnellement d'exemple, nous l'admettons sur la foi des sommités de la science, nous croyons donc aussi qu'il peut arriver de loin en loin dans des cas d'accouchement difficile et extraordinaire, qu'un fœtus ait inspiré avant de naître, mais entre avoir inspiré un peu d'air et avoir complétement respiré il y a encore une bien grande distance. Nous ne connaissons pas dans la science d'exemple authentique de respiration complète avant la naissance, ce qui d'ailleurs répugne à la raison vu la compression que subit de toutes parts le fœtus avant de naître, ce qui ne permet pas à la poitrine de se dilater, ni au diaphragme de s'abaisser, ni même à l'air de venir en contact avec la bouche ou le nez de l'enfant; hors dans certains cas d'accouchements difficiles, comme ceux par la face, qui nécessitent des manœuvres particulières ou l'application du forceps, ce qui est inadmissible dans le cas actuel, puisque MM. les consultants déclarent eux-mêmes que l'accouchement a dû être facile. En admettant même l'exemple de M. Lados comme authentique et positif pour la science, ce fait ne prouve pas du tout que la respiration complète puisse avoir lieu avant la naissance, il suffit pour s'en convaincre de lire l'observation. Tous les cas connus jusqu'ici d'inspiration utérine avec mort de l'enfant avant la naissance, et ils sont en petit nombre, n'ont fourni à la docimasie pulmonaire que des preuves d'inspirations plus ou moins incomplètes. Nous continuons donc avec les maîtres de la science à considérer que l'enfant est né vivant lorsque toutes les données sont positives par la docimasie pulmonaire de Galien, faite avec tout le soin et l'attention que nous y avons mis, la seule qui permette de tirer des conclusions positives; ce principe paraît aussi être partagé par M. Matthyssens, voyez t. I, p. 142 et suiv. D'ailleurs si l'expérience hydrostatique de Galien avait pu laisser dans notre esprit le moindre doute, nous nous serions empressés d'essayer d'autres méthodes quoique méritant moins de confiance, et nous nous serions bien gardés de tirer la moindre conclusion positive. A ce sujet nous engageons MM. les consultants à vouloir lire la Gazette des tribunaux du 27 février dernier, ils y trouveront un cas curieux d'infanticide où les médecins ont cru pouvoir conclure que l'enfant avait vécu, après avoir fait la docimasie pulmonaire de Galien sur des morceaux de poumons retirés de l'estomac de deux porcs dans l'étable desquels la mère avait jeté son enfant.

6e *Question.*—Si les médecins rapporteurs n'ont fait aucune mention de la plus ou moins grande quantité de sang renfermé dans les poumons, dans les cavités du cœur et dans les gros vaisseaux, c'est qu'ils ont trouvé que cette quantité ne différait pas assez de l'état normal dans ces organes pour pouvoir les autoriser à en faire la remarque; ce qui du reste s'explique aisément chez un fœtus, sans même qu'il se soit trouvé dans des circonstances analogues aux présentes, il est fort souvent extrêmement difficile de juger du plus ou moins de sang contenu dans les organes dont la lésion n'a pas été la cause immédiate de la mort. L'absence de ces signes ne prouve rien pour ou contre l'asphyxie par strangulation, on peut s'en convaincre dans les meilleurs traités de médecine légale. M. Matthyssens n'en parle pas dans son recueil.

Si le cordon ombilical avait été coupé ou s'était brisé accidentellement et que l'enfant eût péri par hémorrhagie ombilicale, nous eussions facilement reconnu que les téguments, les chairs et les principaux organes parenchimateux et vasculaires hors le cordon étaient exsangues, et nous n'eussions certes pas trouvé des traces évidentes de congestion cérébrale; d'ailleurs lorsque le cordon a été coupé il est facile de le constater, la rupture spontanée se fait sans lambeaux près du ventre ou du placenta; dans le cas actuel les divisions du cordon siégeaient loin du ventre et du placenta et présentaient des surfaces inégales et frangées, comme lorsqu'il a été brisé avec effort. D'ailleurs rationnellement l'hémorrhagie ombilicale mortelle n'est pas admissible lorsque la respiration s'est bien établie. M. Klein sur 183 accouchements brusques n'a pu observer aucune hémorrhagie ombilicale quoique dans 20 cas le cordon ait été pour ainsi dire arraché dans le ventre. Cette manière de voir paraît aussi être partagée par M. Matthyssens, voyez son recueil t. I, p. 148 et suiv.

7e *Question.* — Nous pensons encore que les détails que nous avons donnés dans notre rapport, relativement aux ecchymoses, suffisent amplement pour autoriser les conclusions que nous en avons tirées, tous les détails ultérieurs eussent d'ailleurs été singulièrement aggravants; en disant larges ecchymoses, cela veut dire occupant un espace étendu; ressemblant à des impressions digitales, cela veut dire offrant la direction et offrant des nuances de

Digitized by Google

séparation comme les doigts peuvent les produire ; le nombre arithmétique, la grandeur géométrique et la direction plus ou moins rectiligne des ecchymoses ne nous paraissent pas avoir pu être de nature à modifier notre expression : *ressemblant à des impressions digitales.*

Nous ne connaissons pas jusqu'ici l'instrument qui puisse nous indiquer la quantité de sang épanché, nous attendrons à ce sujet les éclaircissements de MM. les consultants; toutefois nous leur dirons, puisqu'il le faut, que nos dissections se sont étendues jusque sur la face antérieure des vertèbres du col et que jusque-là aussi les ecchymoses ont paru évidentes même aux témoins. Dans le cas actuel nous ne saurions admettre que les violences aient pu avoir été produites après la mort, on peut s'en convaincre même en lisant le passage du recueil de M. Matthyssens cité par MM. les consultants t. I, p. 382, 386 et suiv. ; on peut s'y convaincre que dans ces expériences faites peu de temps avant ou après la mort, il s'agit de coups de bâton violents, de coups de maillet, d'incisions profondes, de piqûres, de coups de pistolet qui ont pu produire quelques taches ressemblant plus ou moins à celles faites avant la mort, mais, dans la plupart des cas, assez particulières pour pouvoir être distinguées des lésions faites pendant la vie. Nous ne voyons pas que ces expériences aient beaucoup d'analogie avec le cas actuel. Voyons après cela l'avis de M. Briand : « Si un nouveau-né présente des signes » positifs de strangulation, en même temps que » des signes indubitables que la respiration s'est » effectuée après la naissance, on peut affirmer » qu'il y a eu infanticide. » Vous voyez, MM. les consultants, que nous n'avons pas été aussi loin dans nos conclusions.

Nous ne saurions admettre que la fille ait pu produire les traces de violence que nous avons décrites en nouant son enfant mort dans un jupon ; nous répétons que nous n'avons pas assisté à la découverte du paquet contenant le fœtus ; le jupon contenant les restes inanimés ressemblait à tous les jupons de paysannes, et la manière dont l'enfant y était contenu lorsqu'il nous a été présenté, ne nous a offert rien de particulier à noter ; voilà le motif de notre silence à ce sujet. Maintenant, pour répondre aux hypothèses de MM. les consultants, pour expliquer les traces de violences, nous dirons que, surtout pour le cas actuel où ils déclarent eux-mêmes que l'accouchement a dû être facile, il est inadmissible que la fille se soit livrée à des efforts si violents pour extraire de son sein le reste de son enfant après la sortie de la tête que l'on sait être la partie du fœtus qui offre le plus de difficultés à la sortie, à cause de l'étendue de ses diamètres, le reste du corps sortant ordinairement peu d'instants après la tête, spontanément, et le plus souvent par une seule contraction de la matrice, sauf le cas où il y aurait difformité de l'enfant. Nous croyons pouvoir nous dispenser de répondre à l'autre hypothèse de MM. les consultants, qui nous paraît plutôt spécieuse que vraisemblable et que nous ne saurions admettre. Mais une hypothèse qu'il nous étonne de ne pas voir consignée dans la consultation médico-légale pour expliquer les ecchymoses du cou, c'est celle énoncée par M. Broeckx devant la cour, c'est-à-dire la compression du cou de l'enfant pendant le travail par une contraction spasmodique du col de l'utérus. Ces Messieurs auraient-ils jugé prudent de laisser de côté cette hypothèse à cause d'une certaine observation, qui m'est commune avec un autre praticien de cette ville, où le spasme du col de l'utérus était si violent sur le cou de l'enfant, que le forceps aurait plutôt arraché la tête que terminé l'accouchement, qui se termina d'ailleurs spontanément par le bain et l'opium, avec mort du fœtus; observation que j'ai présentée à la Société de médecine d'Anvers, en 1835, à cause de la rareté du cas et de l'intérêt qu'elle me paraissait offrir, et qu'à cette époque la Société de médecine a jugée indigne de figurer dans ses Annales, à cause non-seulement que nous avions mal dirigé nos efforts et mal fait notre diagnostic, mais aussi parce que, suivant les règles de l'art, la chose était impossible et inadmissible; tel était, entre autres, l'avis de M. Broeckx, dont je conserve encore le rapport, et, si j'ai bonne mémoire, celui de M. Matthyssens, pendant la discussion; persuadé de l'exactitude de notre diagnostic et de l'intérêt de notre observation, je l'ai publiée dans le journal *l'Abeille et l'Observateur médical réunis*, Brux., tom. I, février 1836, n° 2, page 108. Depuis cette époque, cependant, M. Matthyssens, page 161, tome I, a embrassé l'opinion de Gardien, de Briand, de Klein et d'autres, et admet, comme moi, la possibilité du spasme du col utérin; ensuite, dans le cas actuel, M. Broeckx est venu déclarer devant la cour qu'il croyait que les traces de violences au cou de l'enfant pouvaient dépendre de ce même spasme et du col de l'utérus sur le col de l'enfant, la fille ayant déclaré que la tête s'était présentée la première ; on voit que la science a aussi ses revirements. Toutefois nous ne terminerons pas ce chapitre sans avouer qu'il reste encore beaucoup à faire en médecine légale sur les traces de violence, et en particulier sur les ecchymoses; ce sont aussi ces motifs qui nous ont engagés à nous exprimer avec réserve dans notre rapport et devant la cour. Si dans notre rapport il n'est rien dit du larynx ni de la trachée-artère, c'est qu'il n'y avait rien de particulier à en dire ; ils ont été soigneusement examinés; ceci exclut donc la possibilité de la mort du fœtus dans le sang ou dans les eaux de l'*amnios*; cette hypothèse est d'ailleurs invraisemblable et inadmissible quand on considère que l'accouchement a eu lieu dans une écurie dont le sol en terre qui a la propriété d'absorber rapidement tout liquide, est couvert de paille qui offrait un corps élastique intermédiaire entre le fœtus et le sol hu-

Digitized by Google

mide. Il nous a paru superflu d'ajouter que la compression des fragments de poumons exprimés à l'air fournissaient de la mousse, attendu que nous déclarons qu'ils en ont dégagé lorsque nous les avons exprimés sous l'eau ; le résultat de ces deux expériences nous parait devoir être toujours identiquement le même.

8e *Question.* Les lésions de l'encéphale que nous avons trouvées ne sauraient constituer une simple injection veineuse passive du cerveau que l'on puisse considérer comme un état naturel ; elles constituent la véritable apoplexie admise par ce même Billard dans le traité que MM. les consultants invoquent ; pour voir cela il ne fallait que lire un peu plus loin, au même paragraphe, *congestions*, où l'on voit qu'il considère comme symptôme d'apoplexie la rougeur pointillée et celle qui colore en rouge assez prononcé la pulpe cérébrale ; nous ne disons pas que les organes encéphaliques étaient injectés, mais gorgés de sang ; donc nous faisons comprendre qu'il y avait des signes de compression cérébrale ; j'ajouterai d'ailleurs que nous avons hésité à déclarer un épanchement à la base du crâne ; quant à l'état de turgescence du cerveau, il était trop évident pour pouvoir laisser le moindre doute à notre esprit, et c'est pourquoi nous avons dû employer le mot *gorgés* et non *injectés*, expressions qui dans la science sont loin d'être synonymes. Je ne sais pas jusqu'à quel point le nombre des autopsies que M. Broeckx a faites à l'hospice des enfants trouvés peuvent l'autoriser à infirmer nos déclarations ; j'y répondrai cependant que j'ai aussi trouvé souvent cette injection veineuse passive dont parle Billard, chez les nouveau-nés, mais ni à la Maternité de Louvain, ni à Paris à l'hôpital des enfants, ni dans ma pratique, je n'ai jamais rencontré de turgescence pareille à celle dont il est ici question, sans que les enfants n'aient péri ou présenté des symptômes d'apoplexie avant la mort. Pour combattre avec quelque avantage notre déclaration relativement aux signes encéphaliques, MM. les consultants auraient au moins dû nous expliquer où commence et où finit pour eux l'apoplexie des nouveau-nés ; c'est ce que nous cherchons en vain même dans le recueil de M. Matthyssens.

Quant aux conclusions de MM. les consultants, nous avons, je crois, suffisamment prouvé que plusieurs étaient erronées, d'autres sont contradictoires ; ainsi, comment concilier la conclusion 3e avec l'hypothèse qui fait la 7e question, p. 17, des efforts qu'aurait pu faire la fille pour accoucher au point de produire des traces de violences aussi profondes ?

Comment accorder la conclusion 4e avec le reproche qu'on nous fait à la 1re question, page 12 ? La conclusion n'est ni logique ni conséquente, ou le reproche est injuste.

La conclusion 6e est contraire aux idées professées par les maîtres en médecine légale, et aux idées émises dans le recueil de M. Matthyssens, comme nous l'avons démontré dans notre réponse à la 5e question.

A la 8e conclusion, nous répondons que nous ne certifions pas, mais que les données contenues dans notre rapport sont pleinement suffisantes pour autoriser à conclure comme nous l'avons fait ; notre réponse à la 7e question prouve suffisamment, d'ailleurs, que dans nos conclusions nous sommes restés en deçà de ce que les principes de la médecine légale nous autorisaient à conclure.

La conclusion 9e est formée d'hypothèses plus ou moins inadmissibles dans le cas actuel, puisque de l'aveu de la mère, admis par MM. les consultants, l'accouchement a été facile, prompt et peu douloureux.

Les conclusions 10e et 11e sont inadmissibles, comme nous l'avons suffisamment prouvé dans nos réponses aux 7e et 8e questions.

Ainsi donc, après avoir mûrement examiné et apprécié les objections et les conclusions de la consultation médico-légale de MM. Broeckx, Van-Camp, Matthyssens et Haine, nous avons plus que jamais la conviction que les déclarations et les conclusions de notre rapport sont seules vraies, logiques et conformes aux principes de la médecine légale.

Nous ne finirons pas sans ajouter qu'un rapport de médecine légale est le résultat du *visum et repertum*, qu'il doit être vrai, court, simple, précis, rédigé d'après les principes de l'art, et non surchargé d'hypothèses, ni de signes négatifs et superflus qui le rendent obscur ; il doit contenir les données nécessaires pour pouvoir tirer des conclusions logiques et scientifiques ; disons encore qu'avec des hypothèses plus ou moins spécieuses, on peut révoquer en doute les rapports même des princes de la science.

Par rapport aux consultations médico-légales, je me permets de renvoyer mes contradicteurs à l'un des derniers numéros des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, où l'on trouve trois consultations de M. Ollivier d'Angers ; ils pourront s'y convaincre de la méthode de rédiger ces consultations, *lors même qu'on est requis par la loi*, sans s'exposer à calomnier la science et ceux qui la professent.

Anvers, le 1er juillet 1840.

F. A. Rul-Ogez,

Docteur en médecine, chirurgie et accouchements, médecin de la douane, ci-devant médecin du bureau de bienfaisance, etc.

Digitized by Google

Cours d'ophthalmologie ou Traité complet des maladies de l'œil, professé publiquement à l'École pratique de médecine de Paris; par M. Rognetta, docteur en médecine et en chirurgie, professeur particulier de pathologie externe, secrétaire de la société médicale d'Emulation de Paris, membre de l'Académie royale des sciences de Naples, de la société pantonienne de la même ville, rédacteur de la Gazette Médicale de Paris, etc., etc. Paris 1839, 1 beau volume in-8° de près de 500 pages.

(Analyse par M. Decondé, médecin de régiment au 3e chasseurs à pied, à Liége.)

Les lecteurs de l'*Encyclographie* ont pû apprécier les leçons publiques d'ophthalmologie de M. Rognetta, qui ont été en partie insérées dans la *Lancette française*, *Gazette des Hôpitaux;* ces leçons que publie aujourd'hui ce médecin embrassent toute la science ophthalmologique.

L'auteur fait précéder la description des maladies de l'œil et des paupières, de l'examen des vertus des trois principaux remèdes mis en usage contre les affections hypersthéniques de cet appareil. Ces remèdes sont la belladone, la strychnine, le mercure.

Après avoir analysé les résultats obtenus par Lambergen, Darlus, Gaulthier de Claubry, Breschet, Giacomini, constaté les recherches de Rasori et de Borda, M. Rognetta finit par conclure que la belladone agit en hyposthénisant l'organe central de la circulation, ou plutôt le système nerveux ganglionaire; que la belladone est un puissant dépressif du système artériel.

« S'il est vrai, dit-il, ainsi que la nature des » symptômes l'indique, que tout le système artériel » tombe dans une sorte d'affaiblissement par l'ac- » tion de la belladone, on conçoit que ce sont sur- » tout les organes très-vascularisés qui doivent le » plus ressentir les effets de cette substance. L'iris, » le corps ciliaire, et la choroïde, qu'on peut re- » garder comme un seul plexus artériel et veineux » (organe nourricier de l'œil), en éprouvent effec- » tivement un relâchement très-marqué; le tissu » élastique de l'iris n'étant plus soutenu par l'éré- » thisme artériel s'affaise, revient sur lui-même, se » rétracte; et la pupille se trouve ainsi dilatée. On » dit communément que la belladone paralyse l'iris, » cela n'est pas exact; la véritable paralysie de cette » cloison n'est pas accompagnée de la dilatation » pupillaire; la substance est alors au contraire, » relâchée et vacillante comme tout autre tissu para- » lysé (vacillation irienne).

» La même considération s'applique aux vais- » seaux de la rétine; de là les symptômes d'asthé- » nie visuelle, etc.

» L'injection bleue de la conjonctive, le gonfle- » ment de l'œil et de la face dépendent évidemment » de l'état d'atonie générale des vaisseaux et d'une » sorte de stase veineuse, analogue à celle des scor- » butiques (p. xv et xvi des Prolégomènes). »

L'auteur fait de semblables recherches sur la strychnine, qu'il considère également comme un hyposthénisant des plus énergiques. Nous aurons occasion d'y revenir en parlant de l'amaurose.

Dans une première section, l'auteur traite des maladies de la totalité du globe de l'œil, de la myopie, de la presbyopie, du strabisme, de la diplopie, de l'hydrophthalmie. Il passe ensuite aux lésions traumatiques et brûlures de la région oculaire et à l'atrophie ou marasme de l'œil. Tous ces articles nous ont paru traités de la manière la plus complète et la plus lucide.

Dans une seconde section, où il s'occupe des maladies des éléments constituants du globe oculaire, il examine successivement les affections de la conjonctive; les conjonctivites aiguës, franches, purulentes, gonorrhéiques des nouveau-nés et celle des Orientaux ou la purulente des armées; il considère cette dernière comme étant de nature contagieuse et importée à la suite des armées après la campagne d'Égypte. Un article à part est réservé pour traiter des granulations conjonctivales.

Il considère comme ophthalmies chroniques, toutes celles qui ne sont pas ou plus accompagnées d'aversion décidée pour la lumière. L'état aphotophobique est pour lui le signe le plus remarquable de la chronicité (page 128). Il admet autant d'espèces de conjonctivites chroniques qu'il y a d'actions capables de les produire, ou d'empêcher une conjonctivite essentielle de se terminer par résolution, dans l'espace de temps ordinaire à cette maladie. Il les divise en deux groupes; les unes *irritatives* comme dépendant d'une cause locale; les autres *dyscrasiques*, comme se rattachant à un principe constitutionnel. En tête de ce second groupe il place l'ophthalmie catarrhale, qui forme presque l'anneau de passage entre les irritatives et les dyscrasiques (page 128).

Une question déjà tant débattue se présente ici: peut-on établir le diagnostic des ophthalmies d'après la forme de l'injection des vaisseaux?

M. Rognetta a résolu la question comme MM. Sanson, Velpeau et Carron du Villards et comme nous avons cherché à le faire (1), c'est-à-dire, qu'à l'injection il est facile de reconnaître le tissu enflammé; mais on ne peut inférer, dit-il, de ce que les vaisseaux injectés, plus ou moins relâchés, décrivent des zig-zag, des réseaux, des pinceaux ou des arbrisseaux, que telle ophthalmie est plutôt catarrhale que scrofuleuse, irritative que scorbutique ou de toute autre nature (page 130).

L'auteur s'occupe ensuite du ptérygion, du pannus de la conjonctive, de l'œdème, des tumeurs et des névroses de cette membrane; parmi ces dernières se trouvent la cutisation, la phlegmasia alba dolens, et les opacités parcellaires. Pour le ptérygion, il émet une opinion nouvelle pour expliquer leur formation: « Les nouvelles recherches ont dé- » montré, dit-il, que le ptérygion est le résultat » d'une sécrétion morbide accidentelle dans le tissu

(1) Voyez: Quelques réflexions sur l'existence et le diagnostic des ophthalmies rhumatismales et goutteuses; par M. Decondé. *Bulletin médical belge*, mai 1838, page 124 et suivantes.

» conjonctival. D'après mon observation, le ptérygion est aussi souvent le produit de la carnification de l'expansion aponévrotique d'un ou plusieurs muscles droits; je m'explique :

» On sait que, dans leur attache antérieure, les quatre muscles droits forment une aponévrose qui couvre tout le blanc de l'œil et s'étend jusqu'à l'endroit d'union de la cornée avec la sclérotique (Bartholin, Winslow, Sœmmering). L'on sait aussi que les aponévroses et tous les tissus fibreux, en général, se carnifient quelquefois, c'est-à-dire se convertissent en tissu musculaire par une déposition accidentelle de fibrine entre leurs mailles (Velpeau). Or, c'est précisément ce qui a lieu dans plusieurs cas de ptérygion; l'aponévrose musculaire s'hypertrophie, se convertit en une sorte de *panniculecharnue*, de muscle peaucier ou sous-conjonctival, de même que nous voyons les ligaments larges de la matrice devenir presque charnus chez la femme enceinte, etc.; cela explique pourquoi cette maladie affecte constamment la direction des muscles droits; et si elle se montre plus souvent à l'angle interne, c'est que le muscle de ce côté est le plus fort, le plus court, le plus vascularisé de tous. Morgagni avait déjà dit que la cause de cette fréquence tenait au plus grand nombre de vaisseaux qui existent à l'angle interne de l'œil. »

Plusieurs objections nous paraissent à faire à cette explication :

1° A son début, le ptérygion ne consiste qu'en une vascularisation superficielle, ne se composant d'abord que d'un ou deux vaisseaux volumineux, d'où partent des ramifications; mais déjà elle empiète sous forme d'onglet sur la cornée.

2° Les muscles de l'œil, s'épanouissent sur le globe de l'œil, en formant une aponévrose large, adhérant intimement à la sclérotique, mais n'avançant pas sur la cornée. Si le ptérygion dépendait d'une altération de cette aponévrose, la tumeur offrirait de plus en plus de largeur en approchant du globe de l'œil, ce qui n'a pas lieu. En outre la tumeur s'arrêterait brusquement à l'union de la sclérotique et de la cornée et n'empiéterait point sur celle-ci.

3° Si la tumeur dépendait d'une dégénérescence d'une partie d'un muscle droit, celui-ci devrait en être affaibli, et les autres muscles jouissant d'une force supérieure, devraient amener le strabisme, ce qui n'a pas lieu.

4° Ce dernier phénomène devrait avoir lieu également après l'excision du ptérygion, tandis qu'il n'en est rien. Pendant cette opération, il est facile de s'assurer que les membranes pariétales du globe n'ont pas subi la moindre brèche.

5° Si le ptérygion dépendait d'une dégénérescence des parties tendino-aponevrotiques des muscles droits de l'œil, il n'y aurait pas de raisons pour qu'il n'en fût de même des muscles obliques, qui ne se comportent pas d'une manière différente à l'égard de l'œil, et pourtant l'on ne connaît pas de ptérygions qui puissent leur être rapportés.

Les maladies de la cornée, celles de la sclérotique, de la choroïde, de l'iris, de la membrane de l'humeur aqueuse, du cristallin, du corps vitré et de la rétine sont successivement l'objet de ses investigations éclairées, et de sa critique serrée; partout l'auteur fait précéder l'histoire des maladies des parties constituantes de l'œil, d'une courte description anatomique, bien propre à éclairer la pathologie de ces affections et qu'on chercherait en vain dans nos ouvrages classiques. C'est ainsi que pour la rétine, il nous apprend, qu'elle est composée de trois couches distinctes, que la couche interne, qui est en contact avec le corps vitré est purement vasculo-cellulaire et contient la plus grande partie des filets nerveux de la rétine. Il ajoute d'après l'autorité de Langenbeck fils, que l'examen microscopique et l'analyse chimique ont démontré dans la rétine absolument les mêmes éléments de composition que dans le cerveau; c'est assez dire que contrairement à Ribes, Cloquet et autres, il considère cette membrane comme le résultat de l'épanouissement du nerf optique. Quant à la couche vasculaire de cette membrane que, d'après l'autorité de Cloquet on n'a pu suivre au delà du corps ciliaire, M. Rognetta toujours d'après Langenbeck, nous dit que *plusieurs rameaux vasculeux traversent toute l'étendue de la rétine et s'anastomosent avec ceux du corps ciliaire, de l'iris et de la choroïde. Une partie de ces derniers vaisseaux traverse la sclérotique et s'anastomose avec le cercle vasculeux péri-cornéal.*

D'après les considérations qui précèdent : « on ne doit pas être étonné si certaines maladies du cerveau, telles que les congestions et les phlogoses, lèsent les fonctions de l'iris et de la rétine, et si des affections de la rétine se transmettent quelquefois dans la boîte crânienne. On comprendra également comment la rétine doit plus ou moins participer aux ophthalmies tant externes qu'internes (page 344). »

La rétine est pourvue de nerfs de la vie organique, qu'elle reçoit de trois sources distinctes : 1° des filets du grand sympathique par l'intermédiaire du ganglion carotidien; 2° des filets du ganglion sphéno-palatin et 3° des filets du ganglion ophthalmique. *Quelques-uns de ces filets après s'être ramifiés dans la rétine, percent la sclérotique près de la circonférence de la cornée, et se distribuent dans la conjonctive.*

« Cette importante découverte des nerfs de la rétine explique parfaitement, ajoute M. Rognetta, les sympathies de cette partie avec l'iris, avec l'estomac et avec les nerfs de la cinquième paire (p. 345). »

Amaurose. — Le chapitre qui concerne le traitement de cette maladie nous a paru rempli d'idées neuves et opposées à celles généralement admises.— L'auteur conseille dans l'*amaurose hypersthénique*, outre les saignées générales et locales, plus ou moins répétées, le *tartre stibié* à haute dose, la *belladone*, à dose progressive jusqu'à l'atropisme et la *strychnine* en pilules, combinée ou non à la belladone ou à la poudre de noix vomique.

La strychnine est pour M. Rognetta un contre-stimulant de première force, et qu'*on doit bien se garder d'administrer dans les cas où la nature de l'amaurose n'est point hypersthénique* (page 391). Il en est de même pour lui de l'arnica, de la valériane, du camphre, des bains avec affu-

Digitized by Google

sion froide sur la tête, des purgatifs mercuriaux, du seigle ergoté, de la cantharide (vésicatoires volants), etc.

Dans l'amaurose *hyposthénique*, l'auteur recommande comme l'excitant le plus convenable, l'opium donné par la bouche à dose progressive et localement; le galvanisme, les spiritueux et l'ammoniaque. L'auteur attache une grande importance aux courants galvaniques. L'expérience, dit-il, lui en démontre tous les jours l'utilité, et il les emploie à l'aide des appareils ingénieux de M. Fabre-Palaprat.

Les autres moyens préconisés généralement dans cette dernière nuance de l'amaurose, les préparations de fer, de quinquina, de café, ne sont pas pour lui, des remèdes stimulants; il ordonne au contraire ces substances, dans l'amaurose hypersthénique, et si elles ont semblé réussir chez les sujets apparemment faibles, c'est qu'on s'est trompé sur la véritable nature de la maladie (page 392).

Les idées de M. Rognetta paraissent étranges, parce qu'elles sont en opposition avec celles de nos thérapeutistes, mais elles sont basées sur l'expérimentation chez l'homme sain et l'homme malade, ainsi que sur les animaux et à cause de cela doivent être accueillies avec faveur. Cette opinion sur les effets de la strychnine appartient à l'école italienne qui, depuis Rasori, cherche à nous donner en thérapeutique ce qui nous manque, des connaissances positives sur les propriétés des médicaments.

Les étincelles, les fusées lumineuses, les éclairs, les pluies de feu, etc., que l'amaurotique éprouve, tiennent à la congestion sanguine qui existe dans la pulpe nerveuse de la rétine et du nerf optique et non à l'action spéciale de la strychnine. « A mesure, » dit M. Rognetta, que le mal fait des progrès, ces » illusions deviennent de moins en moins éclatantes, » et enfin elles s'éteignent plus ou moins complé- » tement, pour reparaître ensuite de temps à autre, » ou bien pour ne pas reparaître du tout.

» Aussitôt que la rétine est soulagée de la conges- » tion qui l'accable, la fibre musculaire reprend sa » sensibilité, et la myodepsie reparaît, puis elle se » dissipe à mesure que l'organe revient à son état » naturel. Les étincelles peuvent manquer si, après » la cessation de la maladie la faiblesse de la vue » tient à une sorte de fatigue de la rétine, faiblesse » qui se dissipe à la longue, comme celle d'un » membre fracturé qui est resté longtemps dans » l'inaction.

» Tout médicament en conséquence, qui soulage » l'hypérémie de la rétine peut faire reparaître la » myodepsie étincelante si elle n'existait pas, la » dissiper si elle existait (Prolégomènes, page XLI). »

La troisième et dernière section embrasse les maladies des voies lacrymales; après avoir cherché à démontrer par une foule de considérations et observations dignes d'être appréciées, que les larmes sont principalement fournies par la chambre antérieure de l'œil, les vaisseaux de la conjonctive et la glande lacrymale, auxquels viennent se joindre les fluides sécrétés par les follicules mucipares de la conjonctive et de la caroncule lacrymale; après avoir cherché à prouver que la glande lacrymale fournit une proportion bien moins grande de larmes (un huitième de la quantité sécrétée), que la chambre antérieure et les vaisseaux de la conjonctive, puisque lorsqu'on a extirpé cette glande on ne s'aperçoit pas sensiblement de la diminution de la quantité des larmes, ce qui avait déjà été constaté par Linn; il en conclut tout naturellement 1° que cette glande peut être extirpée au besoin sans nuire aux fonctions de l'œil; 2° que dans l'extirpation de l'œil, si la glande n'est pas comprise dans la maladie, on peut se passer de l'enlever sans crainte d'exposer le malade à un larmoiement consécutif; car, ajoute-t-il, outre que la quantité de sécrétion est fort minime, elle s'atrophie du moment qu'elle n'est plus en rapport avec le globe oculaire (page 254).

Il a adopté pour guérir la fistule lacrymale, la simple dilatation par un morceau de bougie ou le clou de Scarpa en plomb, en or ou en argent. Il proscrit la canule de Dupuytren, qu'il dit abandonnée avec raison, et le cathétérisme par la voie inférieure, comme n'offrant aucun avantage sur le moyen simple et sûr qu'il emploie (page 463).

Depuis quatre ou cinq années une foule d'ouvrages sur l'oculistique ont été publiés; celui que nous venons d'analyser nous a paru l'emporter sur les autres, par la clarté, la précision, la méthode, la richesse des faits et les connaissances positives qu'il contient. Ce livre est écrit, ainsi que son auteur le dit lui même, « en style aphoristique, d'une » manière très-serrée. » Il a voulu de la sorte économiser le temps qu'exigent les descriptions trop prolixes, sans pourtant être obscur ni rien omettre de ce qui est essentiel à connaître pour chaque maladie (préface p. IX).

La réputation chirurgicale de M. Rognetta est faite; pour nous, ce médecin a bien mérité de la science pour avoir élucidé une foule de questions d'oculistique, écarté beaucoup de choses oiseuses et insignifiantes, mais surtout pour nous avoir débarrassé d'une multitude d'erreurs plus ou moins spéculatives dont certains oculistes spéciaux avaient doté la science ophthalmologique. A ces divers titres, nous remercions bien sincèrement l'auteur et nous recommandons son ouvrage à tous ceux qui veulent acquérir des connaissances exactes dans la partie qu'il traite. (*Annales d'Oculistique, Août.*)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

—

SÉANCE DU 28 AVRIL. — Présidence de M. ROUX.

Réduction d'une luxation sous-acromiale de l'humérus datant de cinq mois et demi.

M. MALGAIGNE : Les luxations de l'humérus en arrière sont fort rares, et la réduction opérée après plus de cinq mois est une circonstance plus rare encore; c'est pourquoi j'ai pensé que le fait suivant que je viens communiquer à l'Académie ne lui paraîtrait pas indigne de son attention.

OBS. — Un journalier, âgé de 56 ans, fut frappé

Digitized by Google

d'une attaque d'épilepsie le 8 novembre 1839. Il était dans son lit, et ne fit aucune chute; toutefois au sortir de l'accès, il ne put remuer le bras droit; et le lendemain, le gonflement survenu à l'épaule l'obligea à entrer dans un hôpital. Il paraît que la nature de la lésion fut méconnue; car on se contenta d'appliquer des sangsues, des cataplasmes, un vésicatoire, et on le renvoya le onzième jour. Depuis lors le bras était toujours resté dans le même état; et quand le malade se présenta à ma consultation à Bicêtre, le 21 avril dernier, il offrit les caractères les plus manifestes d'une luxation de l'humérus en arrière. Sans entrer dans les détails des symptômes, je noterai seulement que la tête n'était point, comme le veulent quelques chirurgiens, dans la fosse sous-épineuse, mais seulement sous l'angle postérieur de l'acromion; c'était donc bien la luxation que j'ai appelée *sous-acromiale*, qui est essentiellemen tincomplète.

Cette circonstance, malgré le temps écoulé depuis l'accident, me fit bien augurer de la réduction; et même le sujet ne pouvant se procurer chez lui les soins préparatoires ordinaires, je n'hésitai pas à fixer le lendemain pour l'opération. L'extension fut faite sur le bras au-dessus du coude, l'avant-bras légèrement fléchi; la contre-extension opérée par une alaise qui embrassait l'épaule en avant et dont les deux chefs allaient se joindre derrière le dos; nous agissions à l'aide de poulies. La traction ayant été portée à 110 kilog., j'essayai de repousser la tête luxée à l'aide du genou; et pour avoir plus de force, j'avais fait passer autour de l'épaule malade une serviette dont les deux bouts me furent ensuite liés derrière le cou, et qui me servait ainsi de point d'appui, et comme d'arc-boutant. A la première tentative, la tête rentra presque complétement; à la seconde, la force de traction fut portée à 120 kilog. et la réduction fut complète. La luxation d'après les détails qui précèdent datait donc de cinq mois et quatorze jours.

Il n'y eut d'accident d'aucune espèce, pas même cet affaiblissement de la sensibilité des doigts, si commun après les fortes extensions mal dirigées. Seulement la tête réduite avait une grande tendance à revenir en arrière dans les mouvements du bras; phénomène presque constant après la réduction de ces sortes de luxation; et il a fallu s'y opposer à l'aide d'un appareil spécial.

Qu'il me soit permis en terminant de faire remarquer combien le diagnostic exact du degré où est parvenue la luxation éclaire le pronostic et le traitement. La luxation étant incomplète, j'étais à peu près certain de réussir; et c'est dans des cas de ce genre qu'on a obtenu la réduction même après plus d'une année écoulée.

Tout récemment, j'ai été consulté pour un malade qui avait été vu par ~~plusieurs membres~~ de cette Académie; il portait depuis près de cinq mois une luxation *sous-coracoïdienne complète*. Les avis furent partagés; j'étais d'opinion qu'il y avait lieu de faire des tentatives prudemment dirigées; mais que la réduction sans être impossible serait très-difficile. A un degré de plus, quand la luxation est *sous-scapulaire*, il suffit de deux mois pour ôter tout espoir; et j'ai vu après cet espace de temps des extensions portées jusqu'au point de produire la paralysie du muscle sans pouvoir retirer la tête humérale du lieu où elle s'était fixée.

M. Bérard : Les luxations de l'épaule en arrière malgré leur ancienneté n'ont pas besoin pour être réduites d'être sous-acromiales et incomplètes. Je ne veux pas combattre ce dernier genre de luxations en l'absence de M. Malgaigne; mais dire seulement que M. Sédillot a réduit avec son appareil une luxation en arrière datant de un an au moins, et dans laquelle la tête humérale était véritablement placée dans la fosse sous-épineuse.

La communication de M. Malgaigne est renvoyée à l'examen de MM. Gerdy et Bérard.

L'Académie nomme par la voie du sort la commission chargée de féliciter Sa Majesté à l'occasion du premier mai. Elle est composée de

MM. Abraham, Chevalier, Marjolin, Serres, Bourdon, Esquirol, Mérat et Baudelocque.

Lactate de fer.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Adelon chargé avec MM. Bouillaud et Rayer de répondre au ministre des travaux publics qui consulte l'Académie sur les bons ou mauvais effets d'un médicament nouveau, le lactate de fer, pour lequel MM. Gélis et Conté sollicitent un brevet d'invention. L'espace nous manque pour les détails de cette judicieuse réponse.

M. le rapporteur fait ressortir la position délicate où se trouve l'Académie qui ne peut mentir à ses antécédents et appuyer la demande d'un brevet d'invention pour un médicament, fût-ce le lactate de fer, dont elle a reconnu l'efficacité dans certains cas déterminés. Un médicament étant toujours doué d'une action quelconque sur l'économie animale ne doit être administré que pour remplir des indications reconnues par les hommes de l'art. Donner un brevet d'invention pour un médicament, c'est en permettre la vente sans la sanction du médecin.

L'Académie, par l'organe de sa commission, répond que l'extension illimitée qu'un brevet d'invention procurera à ce médicament peut avoir des inconvénients, et conseille de ne pas accorder de brevet. Ces craintes et cette prudence ne regardent en rien MM. Gélis et Conté dont le travail sur le lactate de fer a été justement apprécié par l'Académie; mais ceux toujours prêts à abuser des meilleures choses.

M. Boulay critique à tort l'approbation que l'Académie a donnée à MM. Gélis et Conté pour l'emploi du lactate de fer. *Cuique suum.* MM. Gélis et Condé n'ont pas seulement apporté des modifications à la forme du médicament, comme le prétend l'honorable académicien. Ils ont introduit le lactate de fer dans la thérapeutique. Ils ont donné de bonnes observations sur l'emploi de ce sel. Ils lui ont reconnu une efficacité qu'on ne retrouve pas au même degré dans les autres préparations ferrugineuses. (Voir le rapport de M. Bouillaud.)

Après une discussion entre M. Pelletier et M. le rapporteur sur le droit que peut avoir un pharmacien de vendre un médicament non enregistré dans le Codex, le rapport est adopté.

Digitized by Google

M. Hamel donne lecture de plusieurs rapports sur des remèdes secrets.

Revaccination.

M. Sédillot lit la première partie d'un long mémoire sur les revaccinations. Le but de ce travail est de démontrer la vertu indéfiniment préservative du vaccin, du virus variolique, inoculé ou spontané. Si des doctrines nouvelles sont venues, dit ce médecin, ébranler cette vieille croyance de tant d'hommes éminents et basée sur un aussi grand nombre de faits, c'est qu'on a confondu des maladies très-différentes de la variole avec ce fléau si terrible avant Jenner. L'auteur pour ne pas tomber dans une pareille erreur établira d'abord 1° les caractères et la nature de la variole naturelle ou inoculée; 2° de la variole bâtarde, varicelle, varioloïde des auteurs; 3° du cow-pox spontané de la vache, transporté de la vache à l'homme; 4° du vaccin d'homme à homme, de l'homme à la vache.

Quant à la détermination des caractères et de la nature de la variole, il faut savoir que ni la forme ombiliquée des pustules, ni l'aspect particulier des cicatrices, ni la rougeur violacée de la peau à leur niveau ne sont suffisants pour faire reconnaître cette affection; c'est à sa marche, au développement régulier de ses cinq périodes et des symptômes propres à chacune d'elles qu'il est permis de la reconnaître. Dans la variole spontanée, la période d'incubation manque; dans la période d'invasion, déjà la maladie est générale, et l'organisme troublé en son entier; déjà l'air qui environne le malade est infecté, et le médecin exercé peut saisir l'odeur spéciale de la variole. Cette odeur si caractéristique persiste même en l'absence de l'éruption ou troisième période qui peut manquer, au dire des plus grands médecins *variolæ sine variolis*. A la maturation, l'odeur est plus appréciable et change de caractère, d'autres accidents surviennent: l'intumescence de la peau, l'auréole des pustules. Pendant la période de dessiccation l'odeur persiste, quand disparaissent les autres symptômes et apparaissent les croûtes, les écailles.

Toute éruption qui n'offre pas tous les caractères précédents n'est point une variole.

L'auteur compare la puissance du vaccin et du virus variolique inoculé à celle du germe qui, dans chaque fécondation, puise une nouvelle énergie et produit la race avec toutes les beautés de son type primitif. Il n'est pas vrai, suivant lui, que le vaccin perde sa puissance après un certain nombre de transmissions. La lecture de ce mémoire sera continuée dans la séance prochaine.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 4 MAI 1840.

Conservation des bois.

M. Bouchery adresse un mémoire sur ce sujet. Après avoir tracé l'historique des recherches qui ont précédé la sienne, il montre que des divers moyens qui ont été proposés pour faire pénétrer dans l'intérieur des bois des substances conservatrices, les uns sont tout à fait illusoires et les autres presqu'inapplicables, parce qu'ils exigeraient l'emploi d'appareils coûteux. Quant aux substances proposées comme préservatrices, plusieurs, comme le fait voir l'auteur, auraient eu un effet contraire à celui qu'on en attendait. La première recherche indiquée consistait donc à comparer, par des essais faits dans des circonstances où l'imprégnation n'offrît point de difficultés, la vertu préservatrice de certaines substances, que leurs propriétés chimiques semblaient recommander plus particulièrement pour cet usage.

M. Bouchery avait été conduit par des considérations et des expériences dont nous ne pouvons parler ici, à penser que toutes les altérations que présentent les bois proviennent des matières solubles qu'ils renferment; or, l'enlèvement de ces matières par les lavages étant bien décidément impossible, il fallait les convertir, au moyen de réactifs chimiques, en composés insolubles. Les sels à base métallique remplissent bien cette indication, et le pyrolygnite de fer, substance qu'on peut obtenir à bon marché, a paru devoir, dans le plus grand nombre des cas, mériter la préférence. D'ailleurs, M. Bouchery n'exclut pas certains sels neutres très-répandus, tels que les chlorures de calcium, et de sodium, mais il en limite l'emploi aux cas où le bois n'est pas incessamment mouillé.

Quant au procédé de pénétration, il est basé sur une remarque qu'avaient faite les physiologistes en cherchant à reconnaître, au moyen de l'absorption de certaines substances colorées, les mouvements de la sève dans des branches de végétaux détachées de leur tige, mais encore vivantes. C'est cette force vitale des végétaux dont M. Bouchery a eu l'idée de s'emparer pour en faire une force industrielle, idée heureuse, et que personne n'avait eue avant lui. La quantité de solution saline qu'on peut, en tirant parti de cette force absorbante, faire pénétrer dans un arbre fraîchement coupé, est considérable; ainsi, au mois de septembre, un peuplier de 28 mètres de hauteur et de 40 centimètres de diamètre, dont le pied plongeait seulement de 20 centimètres dans du pyrolignite de fer à 8°, s'est pénétré tout entier de ce liquide, et en a absorbé en six jours l'énorme quantité de 3 hectolitres.

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

OBSERVATIONS SUR UN MONSTRE ANENCÉPHALE, PRÉSENTANT UNE INCURVATION REMARQUABLE DU RACHIS, UNE SOUDURE DE PLUSIEURS CÔTES, ET UN PIED-BOT;

Par M. le docteur DEROUBAIX, prosecteur et conservateur du Musée anatomique de la Faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles.

M. le docteur Bauchans, de Wattrelos (France), m'envoya le mois dernier un fœtus à terme présentant tous les caractères d'un anencéphale, avec prière d'en faire la dissection et de le déposer ensuite au Musée d'anatomie pathologique. Persuadé que les remarques que j'ai faites sur ce monstre peuvent intéresser les amateurs de tératologie, j'en offrirai ici une esquisse succincte.

D'après les renseignements qui m'ont été transmis par M. le docteur Bauchans, la femme qui le mit au monde est une fermière de bonnes vie et mœurs, âgée de 45 ans, fortement constituée, de haute stature, et habituée aux grandes fatigues. Elle s'était accouchée 7 fois, et, jamais ses grossesses ni ses couches n'avaient été accompagnées d'accidents. Au commencement de sa huitième grossesse, elle fut effrayée en voyant un animal étranger qu'un savoyard promenait dans les rues. Depuis cette époque, elle fut soumise jusqu'à l'époque de ses couches à des incommodités continuelles. A ces incommodités vinrent se joindre des pressentiments vagues, des inquiétudes, une vive appréhension pour le résultat de l'accouchement. Elle ne conservait nullement dans son intelligence l'image de l'animal qui avait frappé sa vue; mais elle se trouvait gênée, mal disposée, et elle disait formellement qu'il se passait quelque chose d'inaccoutumé dans sa matrice. « Je suis, disait-elle, tout à fait » différente de ce que j'étais dans mes autres gros» sesses : ou j'aurai deux enfants, ou il m'arrivera » quelque chose de mauvais cette fois-ci. » Cependant, elle sentait parfaitement remuer son enfant, elle n'avait aucune perte, et seulement le ventre acquérait un volume plus considérable que de coutume. — Le 13 juin 1839, étant arrivée à son neuvième mois de grossesse, elle ressentit quelques faibles douleurs, qui augmentèrent graduellement d'intensité pendant 6 heures. Elles présentèrent cette particularité, qu'elles étaient infiniment plus fortes et plus rapprochées que dans les accouchements antérieurs. M. Bauchans jugea convenable alors de rompre la poche des eaux, et cette rupture donna issue à une quantité de liquide tellement énorme (8 à 18 litres) qu'il en fut, un instant effrayé. Les eaux étant écoulées, M. Bauchans fit des recherches pour constater la position : il rencontra un nez, des yeux, une bouche; mais en explorant le front, il reconnut qu'il avait affaire à un anencéphale, et cette idée lui vint d'autant plus naturellement, qu'il y a deux ans un pareil cas s'était encore présenté à son observation. — L'accouchement se termina dès-lors d'une manière très-naturelle. L'enfant était mort, mais depuis quelques minutes seulement, car M. Bauchans avait, ainsi que la mère, parfaitement senti des mouvements pendant qu'il se livrait à l'exploration de la tête dans la cavité du bassin.

La poche hydrocéphalique du monstre était brisée lorsqu'elle se montra à la vulve. M. Bauchans ne fit que l'examiner superficiellement, et il conserva immédiatement l'anencéphale dans une solution de sublimé corrosif, où il resta pendant un an. C'est après ce laps de temps seulement que je l'examinai.

Le monstre était du sexe féminin. Il présentait un embonpoint remarquable. Ses membres étaient bien formés, hormis le membre inférieur droit, qui était affecté d'un pied-bot (varus). Le ventre n'offrait rien de particulier; à l'ombilic venait encore aboutir une portion du cordon ombilical. La poitrine était légèrement aplatie dans le sens latéral, en même temps que sa région antérieure était fortement projetée en avant, à la manière d'une espèce de carène. La tête semblait ne plus exister que par la face, et il était impossible d'y rencontrer quelque chose d'analogue à la partie supérieure du crâne. La face, lorsque le monstre était placé sus ses pieds, présentait à peu près horizontalement le diamètre qui est presque vertical dans l'état normal : c'est assez dire qu'elle était tournée en haut plutôt qu'en avant. Les yeux étaient

volumineux et saillants, et placés au point culminant de la tête; le nez était épaté; la bouche était large, entr'ouverte, et laissait voir la langue. Le front manquait absolument, et la surface qui le remplaçait fuyait directement en arrière, à partir des arcades orbitaires. Cette circonstance diminuait considérablement la hauteur de la face, et fesait qu'au premier aspect elle paraissait comme écrasée d'avant en arrière, et d'une largeur démésurée. Les pommettes étaient saillantes et écartées. Les oreilles appuyaient sur les épaules, et le menton sur le thorax, de manière que le cou se trouvait complétement effacé.

Toute la partie postérieure du tronc, depuis la surface qui représentait le front jusqu'au sacrum était occupée par une masse de débris membraneux d'une couleur noirâtre, qu'avec un peu d'attention il était facile d'étaler de manière à reconnaître qu'ils avaient appartenu à un sac unique d'une assez grande dimension. Ces débris étaient couverts d'une substance grumeleuse, comme sablonneuse, qui n'était probablement que le reste des matières les moins fluides qui avaient du être primitivement contenus dans la poche hydrencéphalique. En soulevant dans certains points ces restes de membranes, on pouvait facilement en enlever successivement plusieurs couches sans le moindre effort; mais on remarquait une adhérence très-forte au niveau des trous vertébraux et vers les régions du cou et de la base du crâne. L'état de détérioration où se trouvaient ces débris membraneux ne m'a point permis de déterminer quelle était leur texture. Vers la région dorsale, et au milieu de la masse membraniforme, on apercevait profondément une substance dure, comme osseuse, disposée en forme d'une espèce de cintre transversal, qu'au premier aspect on aurait volontiers considéré comme appartenant à des lames vertébrales, qui auraient en cet endroit complété la paroi postérieure du canal rachidien. Cependant, il était à remarquer que les membranes ne paraissaient nullement avoir été étranglées au niveau de cette espèce d'arceau, de sorte que l'on ne pouvait point supposer qu'il eût déterminé dans la poche hydrencéphalique une interruption propre à lui donner l'aspect d'une besace. Autour de tous ces objets, les débris membraneux se trouvaient limités par une ligne assez régulièrement tracée, et indiquant le commencement du tissu cutané, qui au lieu d'être soulevé comme les membranes, adhérait intimement aux parties sous-jacentes, cette ligne partait de l'extrémité inférieure du sacrum, se dirigeait en arc de cercle assez régulier à concavité tournée vers la ligne médiane du dos, vers la région cervicale, et passait de là derrière les oreilles pour se porter vers la surface qui remplaçait le front et rencontrer la ligne du côté opposé. En dehors de cette ligne de circonscription, et dans tout son trajet, se trouvaient implantés de véritables cheveux, dont l'agglomération représentait grossièrement une espèce de crinière *qui* aurait été perforée à son centre par la poche anormale. Du reste, le passage des membranes au tissu cutané se faisait partout d'une manière très-nette et très-tranchée, sans que rien indiquât une transformation insensible et progressive d'organisation et de texture.

L'anencéphale, posé sur les membres inférieurs étendus, avait 8 pouces 1/2 de hauteur, dont 5 pour les membres inférieurs seulement, et 3 1/2 pour le tronc et ses extrémités supérieure et inférieure.

La dissection du monstre ne put me donner des organes une idée aussi exacte que je l'aurais désiré, et cela à cause des modifications qu'une macération prolongée dans l'eau saturée de sublimé corrosif avait amenées dans l'état des tissus. Je pus cependant parfaitement constater que le cœur, les poumons, et les organes abdominaux étaient régulièrement conformés. Je trouvai partout un système musculaire très-développé, et un tissu cellulaire graisseux extrêmement abondant. Voulant avoir une idée nette de la manière dont les nerfs se terminaient aux environs du lieu où ils vont ordinairement plonger dans la substance encéphalique, je disséquai minutieusement ceux du bras gauche, que je trouvai très-normalement disposés: je les poursuivis jusqu'au plexus brachial, et là, en tiraillant dans tous les sens les cordons qui entraient dans sa composition, en même temps que j'examinais la face postérieure de ce qui existait de la colonne vertébrale, je pus me convaincre qu'arrivés au delà des trous vertébraux, les nerfs se divisaient en ramuscules extrêmement déliés qui traversaient les membranes pour venir flotter dans l'intérieur de la cavité dont elles avaient constitué les parois. Je regrette de n'avoir pu suivre les artères carotides et vertébrales pour examiner leur mode de terminaison à la base du crâne.

Pour avoir une notion juste des différentes pièces du squelette, j'enlevai partout le plus de périoste qu'il me fut possible de le faire sans nuire à la solidité des articulations. Lorsque le squelette fut séché, toutes les parties osseuses apparurent extrêmement distinctes. Voici les particularités qu'elles présentent.

Les os des membres supérieurs et inférieurs sont régulièrement conformés, hormis ceux du pied droit, qui présentent les particularités ordinaires aux pieds bots. Les dernières phalanges des mains correspondent à la réunion des 2/3 supérieurs du tibia avec son 1/3 inférieur, et en même temps se trouvent situées sur un plan antérieur à cet os (les bras sont étendus verticalement). Ceci dépend des déformations du rachis et de la saillie en avant du haut de la poitrine et par conséquent des clavicules.

La colonne vertébrale présente des courbures très-remarquables. A partir du sacrum, elle se

Digitized by Google

dévie d'abord à gauche, puis à droite. A un pouce environ au-dessus du bord supérieur des os des îles, elle se reporte de nouveau à gauche, monte ensuite verticalement jusqu'au haut de la poitrine, où elle change encore une fois de direction pour se porter d'abord à gauche puis directement en arrière jusqu'à l'os basilaire. Ces courbures sont peu considérables, de telle sorte que deux lignes verticales qui toucheraient latéralement toutes les saillies qu'elles constituent ne présenteraient entre elles et les concavités qu'un espace de deux à trois lignes. Il n'en est pas de même des courbures dans le sens antéro-postérieur : celles-ci sont beaucoup plus considérables et altèrent d'une manière singulière la direction de la colonne vertébrale. En effet, le rachis présente à la région lombaire une convexité postérieure. Au niveau de la base du thorax, il s'infléchit brusquement en avant sous un angle de 90° environ. Après 1/2 pouce de trajet dans ce sens, il se porte en haut et en avant dans l'étendue d'environ encore 1/2 pouce, pour se recourber ensuite en arrière sous un angle tellement aigu, qu'il semblerait que sa force postérieure en cet endroit va s'accoler à celle de la région dorsale. La tête s'articule par le moyen de son os basilaire avec cette dernière portion recourbée, sous un angle de 90°. Il résulte de ces particularités que la région lombaire, au lieu d'être concave en arrière, l'est en avant ; que la région dorsale représente un arc de cercle à convexité antérieure, arc de cercle dont le rayon aurait environ 4 lignes et la corde 8 lignes ; et que la région cervicale présente, non plus une face antérieure et une postérieure, mais bien une supérieure et une inférieure, la première regardant la face inférieure de la base du crâne, et l'autre la face postérieure de la région dorsale. — Outre les courbures latérales et d'avant en arrière, le rachis présente encore une véritable torsion, en vertu de laquelle sa face antérieure regarde un peu à gauche vers la région sacrée, puis à droite au niveau des lombes, puis encore à gauche vers la région dorsale, puis enfin directement en haut à sa partie supérieure.

L'anencéphale offre donc une véritable gibbosité, mais disposée de telle manière qu'elle montre sa convexité en avant, et que sa concavité semble destinée à recevoir les débris de la partie postérieure du crâne.

Le nombre des vertèbres est moindre que chez les sujets bien conformés. A partir de la base du sacrum jusqu'à l'os basilaire on ne peut compter que 18 vertèbres : encore celles qui avoisinent ce dernier os sont-elles tellement déformées, qu'il est difficile de les distinguer l'une de l'autre. Parmi ces 18 vertèbres, 6 sont situées à la région lombaire, et ne s'articulent avec aucune côte ; 9 appartiennent à la poitrine et s'articulent avec les côtes, du moins à droite ; les trois autres appartiennent à la région cervicale.

Les vertèbres sont réduites à leur corps et à leurs lames. Celles-ci sont implantées sur le corps de manière à se porter directement en dehors, et à continuer pour ainsi dire ainsi la surface plane qu'offre ce corps en avant et en arrière. La colonne vertébrale ne représente donc plus une série d'anneaux formant un canal par leur superposition, mais une espèce de tige pleine, aplatie d'avant en arrière, et gagnant en largeur ce qu'elle perd en épaisseur. Aucune trace d'apophyse épineuse n'existe, et au lieu de canal vertébral, on voit sur la partie postérieure de la tige, une surface légèrement concave vers le sacrum (qui, du reste, présente en arrière la même disposition que les vertèbres en général), tout à fait plane à la région lombaire, puis légèrement concave au dos et au cou, à cause de la direction un peu oblique de dedans en dehors et d'avant en arrière des lames dans ces régions. Cette surface se continue sans ligne de démarcation et sans rétrécissement avec la cavité située au-dessus de la base du crâne, et dont il sera tantôt question.

Les corps des vertèbres sont parfaitement développés et distincts à la région lombaire. A la région cervicale, comme nous l'avons déjà dit, ils sont tellement pressés, entassés l'un sur l'autre, qu'il est difficile de bien voir la ligne qui les isole. A la région dorsale, il existe plusieurs corps imparfaitement formés, et présentant l'aspect d'espèces de coins enchassés entre les autres. On en remarque surtout entre la septième et la huitième vertèbre, qui est déjetée à droite, hors de la ligne qu'occupent les autres, et qui se termine en pointe vers la ligne médiane, et s'articule latéralement avec une côte droite ; de sorte qu'il semblerait qu'il n'existe là que pour augmenter les surfaces d'articulation avec les côtes du côté droit, qui, comme nous le verrons tantôt, sont plus nombreuses que du côté gauche. En arrière, et au point de jonction de la région lombaire avec la dorsale, on voit le corps de deux vertèbres se prolonger sous la forme d'un mamelon qui ensuite se porte à gauche en se rétrécissant et s'aplatissant d'avant en arrière, pour venir se terminer à l'extrémité de la lame de la vertèbre située en dessous. Il y a donc là une espèce de pont osseux jeté entre deux corps de vertèbres et une lame, et au-dessous duquel on peut facilement glisser une plume ordinaire. Vers la ligne médiane, il est réellement formé par un prolongement du corps des deux vertèbres, mais à gauche et à l'endroit où il se rétrécit, il est évidemment composé de plusieurs pièces osseuses unies les unes aux autres, et dont la forme aplatie semble indiquer qu'elles appartiennent à des lames vertébrales imparfaitement développées.

Les lames vertébrales sont articulées entre elles à la région lombaire par la partie externe de leurs bords correspondants, et dans l'étendue d'une demi ligne à une ligne. En dehors de cette articulation,

Digitized by Google

elles se terminent chacune par une espèce d'écaille qui est plus développée du côté gauche que du côté droit. A la région dorsale, les lames sont ramassées l'une sur l'autre du côté gauche, en sorte qu'il est difficile de bien distinguer leur forme et leur nombre; à droite les deux supérieures sont soudées, les deux qui suivent et les deux dernières sont isolées et sont obliques, les premières de haut en bas, et les dernières de bas en haut; il résulte de cette disposition de ces lames, un angle dans lequel se trouvent placées la cinquième et la sixième lames, qui sont considérablement rétrécies et disposées en forme de coin pour s'accommoder à cette particularité. A la région cervicale les lames sont converties de chaque côté en une espèce de pyramide que je ne puis mieux comparer qu'à une petite aile d'un sphénoïde normal, et dont la base tournée en dedans, est percée de plusieurs trous vertébraux, tandis que le sommet est libre, que la face supérieure est convexe et la face postérieure concave. Les trous de conjugaison, à la région dorsale, sont imparfaitement développés à gauche, bien conformés au contraire à droite, où chacune des lames s'échancre en haut et en bas pour les former, avant de s'articuler plus en dehors. A la région lombaire, les trous de conjugaison sont grands, régulièrement disposés, et percés directement d'avant en arrière entre les lames.

Les os de la tête, examinés d'une manière générale, présentent une forme aplatie de haut en bas. L'angle facial a presque entièrement disparu, comme dans les animaux des classes inférieures, et la face n'est plus située en dessous et au devant du crâne, mais directement au devant de lui. Les deux mâchoires sont proéminentes et relevées, les orbites regardent en haut, et les orifices des fosses nasales directement en avant. Les pommettes sont déjetées en bas et en dehors, ce qui est en partie cause de la largeur considérable de la face. Du reste aucun os de la face ne manque, et sauf la disposition particulière qu'ils doivent affecter pour lui donner la direction et la forme qu'elle possède, ils sont en général assez régulièrement conformés. Aucune fissure n'existe entre les apophyses palatines des maxillaires supérieurs et les portions horizontales des os palatins. Les orbites ont huit lignes de hauteur et sept de largeur, et ont la forme d'un carré long à angles tronqués. Le diamètre vertical de la face, près du milieu d'une ligne qui joindrait les deux arcades orbitaires à la partie inférieure de la symphyse du menton, est d'un pouce sept lignes : le diamètre transversal pris de la partie la plus externe d'une pommette à l'autre, est d'un pouce et demi.

Les os du crâne sont ceux de tout le squelette qui ont subi les déformations les plus bizarres et les plus considérables. La partie frontale des os coronaux, au lieu d'être oblique de bas en haut et d'avant en arrière, est directement dirigée en arrière, et même un peu de haut en bas. Cette circonstance fait que cette portion de l'os s'est intimement unie avec la portion horizontale ou orbitaire, de telle sorte qu'en définitive le frontal ne représente plus qu'une espèce de lame unique, concave en bas et plane supérieurement, et articulée à plat avec le sphénoïde en dehors. Les deux frontaux, en s'articulant sur la ligne médiane, forment en arrière une espèce d'épine, qui s'engage dans un angle rentrant creusé aux dépens de la substance des pariétaux. Ceux-ci sont convertis en deux languettes, larges, mais peu étendues d'avant en arrière, qui s'articulent en avant avec le coronal, en dedans l'un avec l'autre dans l'étendue d'une ligne seulement, en dehors avec le temporal uniquement, attendu que la grande aile du sphénoïde n'est point assez étendue pour venir à sa rencontre; en arrière, ils s'articulent en dehors avec chacune des moitiés de l'os proral, et sont libres au milieu. Les temporaux sont comme rompus au centre de leur portion pétrée, de manière que le rocher, supérieurement, présente en dedans une portion convexe, où se trouve le conduit auditif interne, et une autre en dehors, concave et sans ouverture; la portion écailleuse est fortement déjetée en avant, et s'interpose ainsi entre le sphénoïde et le pariétal pour empêcher leur articulation, comme nous l'avons déjà dit; au-dessous d'elle se voit le conduit auditif externe, présentant son point d'ossification distinct, et disposé de manière à regarder plutôt en avant et en dedans qu'en dehors comme il le fait ordinairement. Le sphénoïde ne présente rien de bien particulier: seulement, vu l'ampleur des orbites, une très-grande partie de sa substance s'aperçoit dans le fond de ces cavités.

L'occipital présente des anomalies tellement singulières, qu'au premier aspect il est difficile de bien démêler les parties qui entrent dans sa composition. Cependant un examen attentif fait bientôt reconnaître que ses quatre points primitifs d'ossification existent tous, et ont seulement été écartés par la poche hydrencéphalique, qui, en même temps, a changé leur forme et leurs articulations. En effet, l'os basilaire, se voit manifestement à la base du crâne, où il est disposé de manière à présenter une face supérieure concave transversalement, une face inférieure convexe dans le même sens, et quatre côtés, dont le postérieur le plus large, s'articule avec le corps de la première vertèbre cervicale sous un angle de 90°, comme nous l'avons déjà énoncé plus haut, dont les deux latéraux s'articulent en arrière avec les os condyliens ou ex-occipitaux, et en avant avec le rocher, et dont l'antérieur s'articule avec le sphénoïde. Les os condyliens se remarquent plus en dehors et en arrière, et présentent en dedans une surface aplatie d'arrière en avant, qui est creusée d'un trou pour le nerf hypoglosse, et en dehors une autre aplatie de haut en bas, beaucoup plus large. Ces

Digitized by Google

os s'articulent en dedans avec l'os basilaire, en bas avec la première vertèbre cervicale, en dehors avec les deux moitiés de l'os proral : en haut, le gauche est soudé avec la portion convexe du rocher, tandis que le droit est simplement articulé avec lui. L'os proral ou sur-occipital est divisé en deux moitiés déjetées latéralement, distantes de quatorze lignes environ, et présentant chacune la forme d'une espèce de mamelon creux, à concavité tournée du côté de la cavité encéphalique. Le mamelon droit est plus élevé, plus pointu, et moins considérable que le gauche. Le sommet de celui-ci est tourné directement en arrière, tandis que l'autre l'est en haut. Tous les deux s'articulent en avant avec le pariétal et en bas avec le condylien; leur bord interne est régulier, sans déchiquetures, et regarde, le gauche en dedans et le droit en dedans et en bas.

De la disposition de tous ces os de la tête, il résulte que dans le squelette que nous décrivons, il existe au lieu de la cavité crânienne, une espèce de fosse, circonscrite en avant par le bord postérieur des pariétaux, et latéralement par les bords libres des deux moitiés de l'os proral. Cette fosse s'étend sous les os pariétaux et frontaux, et là ne présente que quelques lignes de hauteur, vu l'aplatissement du front. Tout à fait antérieurement, elle est percée par les deux trous optiques qui établissent entre elle et les orbites une large communication. Latéralement, et plus en arrière, elle est formée par la concavité de la moitié externe du rocher et par la face interne des mamelons proraux, qui constituent là de chaque côté une véritable fosse occipitale, qui gagne en profondeur ce qu'elle perd en largeur. Plus en arrière encore le fond de la fosse encéphalique est constituée par une surface convexe, où l'on voit l'os basilaire, les rochers et les os condyliens avec leurs conduits auditifs internes et leurs trous condyliens. Plus loin, la fosse se continue sans rétrécissement avec la gouttière qui règne sur la face postérieure des vertèbres. Du reste, on ne voit au fond de la fosse aucun vestige des trous déchirés antérieurs et postérieurs.

L'on conçoit que les quatre points d'ossification de l'occipital n'ayant pu se rapprocher et se joindre dans leur solution, le trou occipital n'a pu se former. Aussi n'en observe-t-on aucun indice.

La cage osseuse de la poitrine présente aussi plusieurs particularités assez curieuses. Le sternum, encore entièrement cartilagineux, s'articule en haut avec les clavicules à la manière ordinaire; en bas, il présente un appendice xyphoïde bien formé : mais sur les parties latérales il n'offre point le nombre des articulations ordinaires. A droite, cinq cartilages seulement vont rejoindre le sternum : trois de ces cartilages se portent directement vers les côtes correspondantes, mais les deux premiers convergent l'un vers l'autre pour se réunir et fournir ensemble un point d'articulation à la première côte. A gauche, le bord du sternum est concave et libre dans la plus grande partie de son étendue ; en bas seulement il fournit des points d'articulations à trois cartilages très-rapprochés ; le premier de ces cartilages est à l'état rudimentaire, et se termine bientôt en pointe sans se porter vers aucune côte ; le second va s'articuler avec la troisième côte du même côté et la troisième avec la quatrième. Les côtes sont au nombre de dix à droite, et de sept seulement à gauche. A droite, toutes les côtes sont séparées, excepté la première et la seconde qui sont réunies vers leur articulation vertébrale dans une très-petite étendue ; quatre sont sternales, et six asternales. A gauche, les trois premières côtes et les quatre dernières sont soudées entre elles, mais non point cependant dans toute leur étendue : les trois premières le sont de manière à ne plus former en arrière qu'une espèce de cylindre arrondi, qui s'articule avec deux corps de vertèbres à la fois. En avant, la troisième s'écarte de la seconde pour s'articuler isolément avec le premier cartilage du sternum, tandis que les deux premières, après s'être un peu éloignées de manière à laisser entre elles un trou d'une demi-ligne de diamètre, se réunissent de nouveau pour s'articuler d'une manière commune avec un rudiment de cartilage qui se termine bientôt sans présenter d'articulation avec le sternum. Les quatre dernières côtes sont isolées à leur extrémité postérieure, où elles s'articulent chacune avec une vertèbre, puis se réunissent toutes par leurs bords en constituant ainsi une espèce d'écaille plane en dehors et en dedans et déchiquetée à sa partie inférieure. Cette écaille se divise ensuite antérieurement en trois languettes, dont la première s'articule avec le deuxième cartilage sterno-costal, le second à un autre cartilage qui se joint au précédent, et dont la troisième se termine en pointe sans se joindre à aucun cartilage.

Sans établir ici aucune hypothèse sur les causes premières de toutes ces intéressantes anomalies du squelette, nous pouvons cependant nous rendre raison du mécanisme de leur production. Supposons en effet une force qui aurait agi sur le tronc de deux manières différentes : 1° En déprimant de haut en bas la colonne vertébrale ; 2° en la tordant sur elle-même. Plaçons le point sur lequel aurait agi cette force vers le sommet de la tête, dans un endroit situé en arrière de l'articulation occipito-vertébrale ; et à l'instant même un grand nombre de déformations osseuses trouvent une explication facile. La force appliquée et agissant de cette manière devait naturellement avoir pour premier effet l'aplatissement du crâne, la projection en avant des os antérieurs du crâne et de ceux de la face, et un mouvement de bascule en vertu duquel le menton devait se relever et se porter en avant. La production de ce premier effet n'ayant pas épuisé la puissance, celle-ci devait exercer de proche en proche son action sur la colonne vertébrale et y produire des in-

Digitized by Google

curvations d'autant plus considérables et plus franchement dessinées qu'elles étaient plus rapprochées du crâne ; le minimum de ces incurvations devait se trouver à la région lombaire. D'un autre côté, cette pression considérable des vertebres les unes sur les autres devait mettre obstacle à leur accroissement régulier et même empêcher quelques-unes d'entre elles de se développer. Quelques vertèbres venant ainsi à manquer à la région dorsale, il devait naturellement y avoir aussi diminution dans le nombre des côtes : mais ce nombre devait être moindre encore à gauche qu'à droite ; car le mouvement de torsion tendant à rapprocher et à fondre toutes les parties entrant dans la composition du bord gauche de la colonne vertébrale dans cette région, il devait y avoir diminution dans la hauteur de ce bord et par conséquent insuffisance de surface pour la régulière disposition des facettes articulaires vertébro-costales ; d'où l'absence de plusieurs côtes, le rapprochement de celles qui existaient, et la fusion de ces os par suite de ce rapprochement forcé.

Quant à la disposition étalée des lames vertébrales, l'écartement et l'état rudimentaire des os du crâne, on s'en rend facilement compte en remarquant que la poche hydrencéphalique a dû nécessairement produire pendant son ampliation une compression excentrique sur tous les organes qui l'environnaient : or ces organes osseux étant moins résistants en arrière qu'en avant dans la colonne vertébrale, et en haut qu'en bas dans le crâne, l'arrêt de développement et l'écartement ont naturellement dû avoir lieu de ce côté. Que la poche hydrencéphalique ait été accidentelle et qu'elle ait amené secondairement la destruction de l'encéphale; qu'elle ait été le résultat de la persistance de l'état primitif du cerveau et de sa transformation en sérosité ; que la destruction du cerveau et la formation de la poche encéphalique aient tenu à la même cause perturbatrice; ce sont là toutes questions pour la solution desquelles nous n'avons aucune donnée positive, et que nous ne voulons point examiner : il faudrait, pour y répondre, prendre la nature sur le fait lorsqu'elle travaille à l'exécution de ces singulières anomalies; et l'on conçoit que ce sont là des observations excessivement rares et difficiles. Nous ne voulons ici qu'énoncer quelques idées qui nous paraissent assez naturelles, mais que nous ne prétendons nullement devoir être admises plutôt que toute autre qui expliquerait également bien la production des phénomènes observés.

Le monstre dont nous venons de donner la description ne présentait aucune disposition anormale qui n'ait déjà été remarquée ; en rendant compte des observations que nous avons faites sur lui, nous ne faisons donc que corroborer toutes les assertions que de savants tératologues modernes ont émises sur les monstres de son espèce. L'histoire de notre anencéphale confirme ce que l'on a dit sur l'influence des émotions et des affections morales sur la production des monstres, sur la loi de balancement des organes, sur l'espèce d'indépendance où les nerfs et les organes de la vie végétative se trouvent par rapport aux autres encéphaliques et aux nerfs de la vue de relation, sur le développement concentrique du système nerveux, sur la loi des arrêts de développement et sur plusieurs autres points de tératologie et d'embryogénie qui ont vivement occupé l'attention de nos jours. C'est donc un fait de plus à enregistrer avec ceux sur lesquels on s'est appuyé pour créer les belles théories qui dominent aujourd'hui ces sciences si belles et si fécondes en résultats : et comme c'est en s'aidant de l'imposante autorité des faits que certaines vérités deviennent enfin irrécusables, cette observation pourra présenter sous ce rapport une certaine utilité.

MÉMOIRE SUR L'HYDROMÉTRIE ;

Par le docteur J.-P. Hoebeke, membre correspondant de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, des Sociétés de médecine de Gand et d'Anvers, de la Société de Sciences naturelles de Bruges et de la Société médico-chirurgicale de la même ville.

(Suite et fin.)

Mme Boivin a ajouté à son mémoire sur la môle vésiculaire trois tableaux, formés par la comparaison d'un certain nombre d'observations. Dans le premier, qui contient vingt-quatre cas, elle démontre que l'âge auquel les femmes sont le plus fréquemment atteintes de la môle vésiculaire varie, et que c'est à tort que les auteurs *ont avancé que* les môles hydatiques se rencontraient *plus fréquemment* chez les femmes arrivées à l'âge critique. Puisque des 24 cas qu'elle a comparés, onze en ont été atteintes dans l'âge de 20 à 30 ans; le quart de 30 à 40, et l'autre quart, plus un, de 40 à 46. De manière que les trois quarts moins un, sont survenues de la 20e a la 40e année, époque la plus ordinaire de la fécondité, plusieurs des observations que nous venons de rapporter viennent confirmer l'observation de Mme Boivin.

Dans le second tableau relatif aux pertes sanguines, on voit que la première perte de sang se montre vers le troisième mois, que quelquefois la grossesse hydatique peut aller jusqu'au 5e, 6e, 7e et 8e mois, sans avoir été accompagnée de *petites* pertes. Enfin, d'après les observations de *Pichart*, Millot et Baudelocque qui y sont relatées, *on voit* que l'expulsion des hydatides peut avoir *lieu* sans être annoncée par des pertes antécédentes.

Dans le troisième tableau relatif à la durée de la grossesse hydatique, on remarque que l'époque

Digitized by Google

du part hydatique correspond à celles où se font le plus souvent l'avortement et l'accouchement prématuré ; qu'ainsi sur les 32 cas que l'auteur a comparés, trois seulement ont été jusqu'à neuf mois.

Nous ajoutons ici deux observations où le part hydatique a eu lieu à différentes époques de la grossesse, le premier a eu lieu au 8e mois et le second à 12 mois et demi (ouv. cité).

Obs. XXVIII.—Mme Claire D...., âgée de 28 ans, née à Bordeaux, élevée à Paris, délicate et nerveuse, mais brune, n'a été menstruée qu'à seize ans, régulièrement et sans fleurs blanches. Après son mariage une antéversion parut s'opposer pendant deux ans, à l'imprégnation ; mais, depuis le redressement de cet organe, elle eut quatre grossesses en six années. Premier accouchement à terme ; hémorrhagie attribuée à une vive émotion et à un vice de conformation du placenta. Deuxième et troisième accouchements sans douleurs. La quatrième grossesse s'annonça par des vomissements, la sécheresse de la peau, un froid glacial des membres, une petite perte eut lieu à trois mois. Des sangsues à l'épigastre arrêtèrent et la perte et les vomissements : la perte reparut bientôt et se renouvela fréquemment, mais peu abondante chaque fois. L'utérus ne sembla point s'accroître plus rapidement que dans une grossesse ordinaire : longtemps il resta fort bas ; son col était très-long, mince, replié en avant sur le coccyx et le périnée ; on ne sentait dans son corps aucune fluctuation ; il semblait compacte et dur, un peu douloureux. Vers le sixième mois, amaigrissement, gonflement des mamelles ; les pertes continuent. Au huitième mois, l'utérus n'avait que le volume qu'il offre à cinq mois de vraie grossesse ; son col était gros et redressé ; des douleurs vives et le retour de la perte, depuis quelque temps suspendue, annoncèrent le part hydatique ; une masse granuleuse se présenta en même temps au col de la matrice, dont l'orifice vaginal était entr'ouvert ; un peu de sang vermeil s'écoulait à chaque contraction utérine. Ce travail dura douze heures, encore fallut-il l'activer par un lavement d'eau salée et vinaigrée. Il en résulta ici d'intolérables douleurs dans les reins et l'utérus, puis l'expulsion, en deux fois, d'une masse hydatique qui fut examinée avec soin.

Après l'expulsion, les douleurs persistèrent pendant trois ou quatre jours avec beaucoup de violence, accompagnées de diarrhée, de fièvre, d'intumescence des mamelles. Ces douleurs reparurent même momentanément le onzième jour, à l'occasion de quelques caillots. L'utérus fut aussi très-longtemps à diminuer de volume et à resserrer son orifice ; cette réduction ne commença d'être sensible que vers le dix-huitième jour, mais elle fut rapide ; le vingt-quatrième elle était presque complète, et dès lors, le rétablissement de la santé ne tarda pas à être entièrement obtenu. Cette dame est devenue enceinte deux fois depuis ; elle est accouchée à terme et heureusement d'enfants bien portants.

Obs. XXIX.—Mme D.... (1), âgée de 34 ans, d'un tempérament lymphatique, éprouva tous les symptômes d'une grossesse : suppression des règles, nausées fréquentes, tristesse sans motifs apparents. Pendant 5 ou 6 mois, le ventre acquit un peu de volume, et tout laissait espérer une grossesse heureuse.

Au 9e mois, point de douleurs. Elle consulte plusieurs médecins. Un accoucheur la trouva enceinte, mais observa que la grossesse ne datait que de quelques mois. M. Bourgeois, chirurgien de la Maison-Royale de Saint-Denis, et M. Marjolin, furent du même avis ; mais 6 mois s'écoulèrent encore, et rien de nouveau ne se déclara. Enfin, 15 jours plus tard, c'est-à-dire 12 mois 1/2 après la première suppression des menstrues, Mme D..... fut prise, pendant la nuit, de douleurs violentes. Une perte abondante survint, et l'on appela M. Lambert, chirurgien de l'hospice dans la même ville : il fit l'extraction de la môle, qu'il avait aussitôt reconnue. La tumeur s'est lacérée pendant son extraction ; elle contenait, dans sa cavité bien reconnaissable pour celle de l'amnios doublé du chorion, un liquide dont on estimait la quantité à huit onces. Les membranes qui tapissaient cette cavité étaient environnées d'une quantité considérable d'hydatides très-transparentes et dont la grosseur pouvait varier depuis celle d'une amande jusqu'au plus petit grain de sable. Plusieurs de ces hydatides faisaient saillie dans la cavité même ; un groupe de ces vésicules saillantes semblait avoir été l'origine ou le reste d'un cordon ombilical. A l'extérieur, cette masse était lobulée, granuleuse, comme la face externe d'un placenta à terme.

Pendant la gestation de cette môle, ni après son expulsion, il ne s'est rien manifesté dans les seins. Il est à remarquer aussi que nulle perte de sang ne s'est montrée durant le cours de cette grossesse. Les lochies ont coulé pendant plusieurs jours.

Soit qu'il y ait eu préalablement conception, soit que la môle vésiculeuse se soit développée dans l'utérus vide, l'hydromètre hydatique est, sinon pas toujours, souvent très-fâcheuse pour la femme ; comme le démontrent plusieurs observations.

Obs. XXX. — Une femme avait des pertes violentes, elle en était tellement affaiblie que l'auteur doutait qu'elle en pût revenir. Elle se rétablit peu à peu (Smellie.)

Obs. XXXI. — Une femme rendit tout à coup une pinte et demie de sang, elle en avait perdu à peu près autant dans les trois mois qui avaient précédé. (Crawfort.)

Obs. XXXII. — Une dame chez laquelle Levret, fut appelé, était d'une si grande faiblesse, qu'on avait tout lieu de craindre pour sa vie, tant elle avait perdu de sang.

(1) Observation communiquée par M. Vernois, rapportée dans le traité déjà cité.

Digitized by Google

Obs. XXXIII. — Une femme de 32 ans, après avoir éprouvé des pertes violentes pendant trois semaines, fut forcée de garder le lit pendant sa grossesse, à cause de l'état d'épuisement où elle était réduite. (Saviard.)

Obs. XXXIV. — Dans un cas l'hémorrhagie avait été fréquente et fort abondante pendant la grossesse. C'est dans un état presqu'imminent que la môle hydatique fut expulsée. (Leray.)

Obs. XXXV. — Souville rapporte que la perte augmenta, les faiblesses survinrent au moment du part. L'auteur crut que la mort allait terminer la scène. La malade ne s'est qu'imparfaitement rétablie, puisqu'elle était menacée d'une hydropisie de poitrine.

Obs. XXXVI. — Après l'expulsion de la môle, la malade était près d'expirer de faiblesse. (Demonceau.)

Plusieurs des observations que nous avons rapportées, démontrent aussi à quels dangers la femme est quelquefois exposée.

Dans plusieurs cas même, les femmes sont mortes avant de s'être débarrassées des hydatides, ou peu de temps après.

Obs. XXXVII. — Une femme mourut avant l'expulsion des hydatides, épuisée par des pertes de sang et des vomissements violents. (Home.)

Obs. XXXVIII. — Une rupture de l'utérus fut occasionnée par la présence d'une masse énorme d'hydatides, dont une partie était passée dans la cavité abdominale. (Moth.)

Obs. XXXIX. — Chez une femme morte avant d'expulser les hydatides, on trouva dans l'utérus, non-seulement les corps vésiculaires, mais une môle charnue du poids de neuf livres. (Unerwolf.)

Obs. XL. — Dans un cas de grossesse fœtale composée de môle hydatique, la femme mourut avant l'accouchement. (Pechelin.)

Obs. XLI. — Une femme âgée de 39 ans mourut hydropique. Lorsque l'on ouvrit la matrice, qui était développée et flottante au milieu de l'eau, il se présenta une masse de vésicules au nombre de trente, contenant un liquide qui se durcit au feu. (Lanzoni.)

Obs. XLII. — Une femme, après une perte de sang qui avait duré quinze à dix-huit jours, fut réduite à un état si pitoyable, qu'elle mourut dix à douze heures après avoir été délivrée de la môle. (Delamotte.)

Obs. XLIII. — Le docteur Picard, de Louviers, en arrivant près de sa malade, dont la perte durait depuis plusieurs mois, la trouva sans pouls, baignée dans son sang, venant de rendre la masse hydatique qui était encore près de la vulve. Cette femme mourut le 15e jour de l'expulsion, par suite de la perte de sang qu'elle avait éprouvée.

D'autres fois les hémorrhagies ne sont que légères et ne compromettent aucunement les jours de la malade, qui, après l'expulsion de la môle, se rétablit aussi facilement qu'après un accouchement ordinaire. Plusieurs observations rapportées plus haut en sont des exemples.

Pronostic. — L'hydromètre hydatique peut exister en même temps qu'une grossesse vraie, qu'une môle charnue, qu'une grossesse abdominale; un polype, une ascite, ou l'altération d'un autre organe, peut aussi subsister simultanément avec la môle vésiculaire; et l'on conçoit que le pronostic sera d'autant plus fâcheux que la nature de la complication elle-même sera plus grave.

Nous ajouterons que, d'après nous, la môle vésiculaire qui se développe à la suite de la conception et que nous regardons alors comme le résultat de la maladie de l'œuf, est bien moins dangereuse pour la femme, que celle qui se forme dans l'utérus hors le temps de la conception, laquelle nous semble alors dépendre d'une disposition morbide de ce viscère. Mais si, dans le premier cas, les dangers pour la mère sont moindres; dans le second cette maladie entraîne nécessairement la mort de l'embryon.

Nous transcrivons ici avec plaisir les judicieuses réflexions de Mme Boivin. Il est, dit cet auteur, fort à regretter que ceux qui ont eu l'occasion d'examiner l'utérus encore chargé de la môle hydatique après la mort, ne nous aient pas laissé une description exacte de l'état de cet organe, de l'épaisseur de ses parois, du développement de ses vaisseaux, de la grandeur de leur orifice à la face interne de ce viscère, de leurs dispositions, de leur nombre, comparativement à leur manière d'être dans l'état de grossesse fœtale, au terme correspondant de la grossesse môlaire; qu'ils ne nous aient rien dit de la manière dont se comporte la môle à l'égard de l'utérus; que l'on n'ait point pratiqué d'injections par les artères iliaques et utérines pour s'assurer de quelle manière s'opère la nutrition de ces corps; si elle a lieu par un mode particulier de *circulation* ou par imbibition, ou, comme disait *Valisnieri*, par irrigation.

Quoi qu'il en soit, on pourrait presque affirmer dès à présent, que l'utérus est généralement plus mou; qu'il est disposé à s'étendre, à se développer avec une rapidité proportionnée à la nature des corps qu'il renferme, à leur accroissement, à leur multiplicité; que les vaisseaux capillaires utérins sont plus nombreux, mais moins larges que dans la grossesse fœtale où l'activité de la circulation utérine est en proportion de l'énergie vitale de ses annexes; qu'en conséquence, l'hémorrhagie est le plus souvent moins abondante, moins violente que dans la véritable grossesse à une époque avancée. La perte de sang paraît quelquefois plus considérable qu'elle ne l'est réellement, quand il se mêle à ce fluide celui des vésicules qui viennent à se rompre sous les contractions de l'utérus.

Quelquefois, les contractions utérines se font sentir dans le cours de cette espèce de grossesse;

Digitized by Google

d'autres fois, l'utérus se resserre sans douleur à l'insu de la malade et s'essaye à l'expulsion de la masse hydatique; celle-ci, en se détachant, laisse à nu les extrémités capillaires de la face interne du viscère qui les renferme. La masse spongieuse de la môle se trouvant imbibée de sang, se dégorge sous l'influence d'une contraction subséquente; d'où viennent sans doute ces petites pertes irrégulières, *séroso-sanguinolentes*, ou tout à fait sanguines, qui se font remarquer dans le cours de cette grossesse. »

Quoi qu'il en soit, dans l'hydromètre hydatique comme dans les autres espèces d'hydromètres, l'utérus arrivé à un certain degré de développement, réagit sur le corps qui remplit sa cavité; un travail analogue à celui de l'accouchement s'établit, les contractions utérines augmentent, et la môle vésiculaire est expulsée tout à la fois, ou en plusieurs parties.

Traitement. Les moyens qui ont été recommandés pour combattre cette maladie, ont varié, suivant que les praticiens considéraient ces vésicules comme des acéphalocystes, ou comme le résultat d'un avortement interne, d'une maladie de l'œuf ou de la matrice elle-même.

Ceux qui partageaient la première opinion, indiquaient l'usage des mercuriaux, des purgatifs drastiques propres à détruire ces vers, ainsi que plusieurs autres vermifuges; ils recommandaient aussi dans le but de détruire ces entozoaires les injections acéto-salines.

Quelques-uns ont conseillé entr'autres moyens : 1° d'introduire un stylet mousse ou une sonde dans le col utérin pour exciter ce viscère à se contracter, et à expulser ce qu'il renferme.

2° Les injections irritantes proposées d'abord par Ætius et depuis par le professeur Percy.

3° De porter la main dans la matrice pour extraire cette espèce de môle.

4° D'introduire la pince à faux germe dans la même intention. Levret, qui en est l'inventeur, la recommande, comme un instrument de la plus grande importance pour son utilité dans le cas actuel.

Tous ces moyens qui ont tour à tour été prônés et annoncés comme indispensables ou utiles, sont ou sans action — tel est l'emploi des mercuriaux, des anthelmintiques, des drastiques, des injections acéto-salines, l'introduction d'une sonde ou d'un stylet — parce qu'avec ces moyens il est impossible d'atteindre le but qu'on s'est proposé; ou ils sont dangereux — telle est l'indication d'introduire la main ou la pince à faux germe dans la cavité de l'utérus pour en arracher le corps étranger qu'elle renferme — car leur emploi peut donner lieu à des accidents mortels.

Tant que l'on n'a que des doutes ou de simples soupçons sur la cause de la perte de sang, qui est le symptôme le plus grave que l'on ait à combattre, tant que le col de l'utérus n'indique pas une disposition prochaine à livrer passage aux corps contenus dans la cavité de l'organe, on n'a rien de mieux à faire que de se comporter comme dans le cas de grossesse fœtale.

Mais lorsqu'on a acquis la conviction qu'il n'existe pas de grossesse fœtale, ou que la gravité des symptômes fait craindre pour la vie de la femme, on doit chercher à ramollir le col utérin et à disposer son orifice à se dilater; en employant, suivant les forces et la constitution de la malade, la saignée, les bains, les injections émollientes, les fomentations de même nature; on pourra enduire le col utérin d'extrait de belladone s'il est dur et irrité.

Lorsque, par ces moyens, on est parvenu à ramollir et à disposer l'orifice utérin à s'entr'ouvrir; on doit chercher à faire développer les contractions de la matrice, soit en introduisant un morceau d'éponge préparée dans son orifice, comme on indique de le faire pour provoquer l'accouchement prématuré; soit par des titillations avec l'extrémité des doigts sur cet orifice; par des frictions sur le fond de ce viscère, des applications froides sur la région hypogastrique; ou par des injections irritantes dans le rectum. Enfin, lorsque l'ouverture du col permet l'introduction du doigt, on détruira aussi haut que possible, mais sans effort, les adhérences de cette masse avec l'organe; on pourra déterminer plus directement les contractions de l'utérus par une forte infusion de safran; mais le moyen le plus énergique sera le seigle ergoté. Cette substance outre sa propriété d'exciter les contractions utérines, est surtout propre à arrêter les hémorrhagies qui précèdent ou accompagnent l'expulsion de la môle; et à prévenir les pertes de sang consécutives à cette espèce de part, en détruisant l'atonie de la matrice. Par l'emploi de ce moyen, il devient inutile, après l'expulsion de la masse hydatique de pratiquer dans l'utérus des injections irritantes; on pourra se borner, dans le but de nettoyer la cavité de ce viscère, à y injecter soit de l'eau tiède soit une décoction émolliente.

Les suites du part hydatique étant à peu près les mêmes que celles de l'accouchement d'un fœtus, la conduite à tenir doit être relative à l'état où se trouve la malade.

Ce que M[me] Boivin dit, avec beaucoup de raison, être important à noter sous le rapport de la médecine légale, c'est que les parties internes et externes de la génération, ont présenté, chez les sujets des deux observations qu'elle a rapportées (ce qui a lieu dans tous les cas) tous les phénomènes qui se font remarquer dans ces mêmes parties, chez une femme récemment accouchée à terme d'un enfant vivant. Pendant vingt à trente jours, les parties ont même conservé plus de laxité, plus de volume que dans les cas d'accouchement naturel. L'écoulement sanguin, celui des lochies se sont prolongés davantage. Les mamelles sont restées

Digitized by Google

développées à un certain degré comme chez la femme en couches, qui n'allaite pas son enfant.

BRULURE DE L'OEIL ; GUÉRISON AU BOUT DE DEUX JOURS PAR LA TEINTURE D'ACONIT ;

Par M. le docteur BRON, de Namur.

Le 1er mars 1839, je fus appelé près de la cuisinière de M. Logé, notaire à Namur, pour une brûlure intéressant les paupières et l'œil droit, ainsi qu'une partie de la face. Elle me dit qu'en retirant du feu un pot de terre, dans lequel elle faisait roussir du beurre, ce pot éclata pendant qu'elle le tenait, et que les morceaux lui furent lancés à la figure et principalement sur l'œil, avec toute la matière qui y était contenue.

Les paupières de cet œil étaient rouges et tuméfiées ; la cornée transparente avait perdu tout son brillant; elle était recouverte, dans toute son étendue, d'une pellicule blanchâtre. Inflammation de la conjonctive oculaire et palpébrale ; photophobie et douleur excessivement vive dans tout l'organe visuel. Sur d'autres parties de la face, particulièrement la joue droite, on remarquait plusieurs phlyctènes entourées d'un cercle inflammatoire.

Bien que je fusse appelé peu de temps après l'accident, l'état de la cornée me faisait craindre qu'il ne s'y formât des taies qui persisteraient après la cessation des phénomènes inflammatoires. Mais le succès dépassa de beaucoup mes espérances.

Pour tout traitement je prescrivis dix gouttes de teinture d'aconit (1), dans huit onces d'eau. On devait recouvrir l'œil de compresses imbibées de ce liquide, et en faire fréquemment des lotions, tant sur cet organe, que sur les parties de la face atteintes par la brûlure. Je recommandai d'en instiller, à chaque lotion, sur le globe oculaire.

La douleur commença à diminuer dans la soirée, et la malade put dormir, une partie de la nuit, d'un sommeil assez tranquille.

Le lendemain, 2 mars, la cornée, à ma grande surprise, a recouvré tout son éclat et sa transparence, la vue est nette, même à l'égard des objets éloignés. Les paupières moins rouges et moins gonflées sont légèrement collées ensemble par un peu de pus. La douleur est légère, de même que l'inflammation de la conjonctive. Mais ce qui m'a frappé autant que le reste, c'était de voir, au lieu du travail de la suppuration, des croûtes brunes et sèches, là où, la veille, s'étaient développées les phlyctènes.

(1) Cette teinture avait été préparée avec le suc exprimé de la plante fraîche au moment où elle commence à fleurir, et mêlé avec parties égales d'alcool.

Ces croûtes ne ressemblaient pas mal aux pustules de la variole parvenues à la période de dessiccation.

La malade avait repris ses occupations. La nuit suivante le sommeil fut parfait.

Le 3, l'amélioration fait de tels progrès que la guérison peut être considérée comme achevée. Je me borne à faire continuer ce qui reste du médicament prescrit la veille. Les croûtes tombèrent un jour ou deux après, sans laisser de traces.

— Ne résulte-t-il pas clairement de cette observation que l'action de l'*aconit* a ici enrayé brusquement, et à la naissance, la marche de l'affection, sans lui permettre de parcourir ses phases naturelles? Et je n'imagine pas que par tout autre mode de traitement, on eût pu se flatter d'obtenir des résultats aussi satisfaisants, *avec autant de promptitude*. Cette condition est cependant de rigueur, chaque fois qu'une lésion de ce genre menace l'existence d'un organe, aussi délicat dans sa texture, et aussi important par ses fonctions, que celui de la vue.

Il est essentiel pour le succès du traitement, que cette teinture soit préparée avec le suc frais de la plante, comme il a été indiqué dans la note ci-dessus.

Cette observation me paraît assez intéressante pour mériter l'attention des praticiens et les engager à essayer de ce traitement. Je suis persuadé qu'ils le trouveront efficace dans les différents degrés de la brûlure, et quel qu'en soit le siége, mais d'autant plus, que l'application en sera faite à une époque plus rapprochée de l'accident.

L'aconit est bien le spécifique le plus puissant que l'homœopathie ait à opposer à l'état inflammatoire, lequel est lui-même provoqué, chez l'homme sain, par de fortes doses de cet agent médicamenteux. C'est pour elle l'antiphlogistique par excellence. Mais une chose qui doit mettre à l'aise la conscience des anti-homœopathes, c'est que dans notre observation, il ne s'est point agi de doses infinitésimales, d'une digestion, hélas! trop difficile, pour certains esprits, et qui, pour bien des gens, constituent, à elles seules, toute l'homœopathie!! Dieu fasse que cette heureuse circonstance soit suffisante, à leurs yeux, pour lever tous leurs scrupules!

OBSERVATION D'UN EMPOISONNEMENT PAR LE DATURA STRAMONIUM ;

Communiquée par le docteur PINCOFFS, de Bruxelles.

Le sujet de cette observation est un homme d'une trentaine d'années, d'une constitution nervoso-sanguine, n'ayant souffert d'aucune maladie aiguë

Digitized by Google

grave. Appelé chez lui le 15 avril j'y apprends : « qu'il se croit empoisonné ». Souffrant depuis longtemps d'un asthme très-gênant, il s'était mis à fumer le stramonium qu'il avait trouvé préconisé contre l'asthme, dans un journal de médecine. Il avait commencé par fumer une pipe et s'en trouvant bien il avait graduellement augmenté jusqu'à six pipes par jour. Il offrait les symptômes suivants : Congestion vers la tête, se manifestant par la pulsation des carotides, éblouissements, vertiges (*la tête légère*, selon son expression), la conjonctive palpébrale injectée ; les pupilles n'étaient pas dilatées et la vue n'était nullement affaiblie ; le pouls petit, fréquent, de 120-130 pulsations; anxiété, serrement précordial, constriction de la gorge ; jactitation et agitation fièvreuse ; engourdissement et tiraillement (subsultus tendinum) dans les membres surtout inférieurs ; nausées, goût prononcé de stramoine, langue et bouche pâteuses; odeur de stramoine dans les fèces, les urines et la transpiration. Je lui prescrivis comme vomitif, une infusion d'ipécacuanha avec gr. iij de tartre stibié, que je lui fis prendre de dix en dix minutes, après l'avoir placé dans une chambre bien aérée et avoir ordonné des fomentations de vinaigre sur la tête, diète absolue et de la limonade faible pour boisson. Vers le soir je revis le malade. Il avait pris huit à dix cuillerées de sa potion à la suite desquelles il avait eu des vomissements et des selles abondantes; il transpirait abondamment ; les symptômes étaient à peu près les mêmes, seulement l'anxiété et l'agitation étaient diminuées, et il se trouvait fatigué et enclin au sommeil. Je fis continuer les fomentations sur la tête, et je lui prescrivis la potion suivante : R. Inf. chamomill. ℥ vj. Acet. amm. liq. ℥ j. Aeth. nitrico-alcool. ʒ j. M. D. S. A prendre une cuillerée toutes les demi-heures.

Le lendemain, le malade était beaucoup mieux. Il avait très-bien dormi ; tous les symptômes étaient diminués ou disparus, seulement l'engourdissement des membres, le goût de stramoine et l'odeur des excrétions persistaient. Je lui fis continuer les fomentations de vinaigre et ordonnai des frictions spiritueuses sur les membres. Le lendemain (17 avril) de très-bonne heure on vient me chercher et je trouve une recrudescence complète de tous les symptômes ; le pouls fort, fréquent et dur et de la céphalalgie. Je lui fais une saignée de six onces, après laquelle le pouls est moins fort et ralenti ; il s'endort et transpire beaucoup. Dans la journée il y a de l'amélioration ; toujours peu d'appétit, mais grande soif ; les deux jours suivants il va beaucoup mieux, il ne se plaint plus que de l'engourdissement et du tiraillement dans les membres : je lui fais continuer la diète et les frictions spiritueuses.

Le 20 avril je lui ordonne un bain tiède ; au sortir du bain, à huit heures du soir, il est pris de frissons qui durent à peu près une heure et sont suivis d'une forte chaleur de la même durée, à laquelle succède une transpiration abondante, en un mot une régulière attaque de fièvre intermittente bien caractérisée par ses trois degrés. Le jour suivant le malade va bien et ne se ressent plus de rien, que d'un peu d'engourdissement dans les membres et du goût de stramoine. Le 22 avril, à cinq heures après midi autre attaque de fièvre de la même durée ; après deux autres attaques de fièvre intermittente, le 24 avril à deux heures et le 26 à midi, je lui prescris le sulfate de quinine, à la dose de gr. ij toutes les deux heures, et le 28 et le 30 (jours de fièvre) toutes les heures. Depuis il n'a plus eu de fièvre et sous l'influence de la quinine continuée et d'une diète appropriée il a assez vite repris ses forces, et de tous les symptômes le goût de stramoine seul a persisté longtemps, mais à la fin s'est perdu entièrement. Le malade n'a jusqu'à présent pas eu d'autre attaque d'asthme.

Ce qui me paraît assez remarquable dans ce cas c'est : 1° que l'empoisonnement se soit fait par la *fumée* du stramoine; 2° la recrudescence des symptômes au troisième jour, et l'amélioration produite par la saignée ; 3° que le goût de stramoine ait persisté après les copieuses évacuations ἄνω et κάτω ; 4° que les pupilles n'aient pas été dilatées, ni la vue affaiblie, ce qui cependant a été observé après la fumée du stramoine, entr'autres par M. le docteur Florent Cunier, sur lui-même (voyez *Annales d'Oculist.*, tom. II, livrais. 2, pag. 53) ; 5° la fièvre intermittente, qui, comme une espèce de crise, ou plutôt de métastase, vint mettre fin à la maladie ; 6° le type extraordinaire de cette fièvre tierce, dont chaque paroxysme antécédait de trois heures, et 7° la délivrance (du moins temporaire) de l'asthme.

Résumé des travaux sur la fièvre typhoïde chez les enfants : par Henry Roger, D. M. P., ancien interne de l'hôpital des Enfants-malades.

« Les enfants sont, dès leurs premières années, exposés à presque toutes les maladies communes à tous les âges, et de plus à beaucoup d'autres qui leur sont particulières. » Cette remarque si juste de M. Guersant trouve parfaitement son application à propos de la fièvre typhoïde, affection regardée jusqu'à ce jour, non-seulement par la plupart des médecins, mais encore par les pathologistes qui l'ont décrite avec le plus de talent, comme l'apanage à peu près exclusif de l'âge adulte. De même que la phthisie pulmonaire, la fièvre intermittente, la néphrite albumineuse, de même que tant d'autres maladies dont on croyait à tort le premier âge exempt, la dothinentérie est, au contraire, extrêmement fréquente dans l'enfance.

Digitized by Google

Jetons un coup d'œil rapide sur la *bibliographie* de la fièvre typhoïde observée dans les premières années de la vie; rassemblons les matériaux peu connus que la science possède sur ce sujet. L'exposé des travaux qui ont été publiés plus ou moins récemment, aura le double avantage de rendre évidente pour tous la fréquence de la dothinentérie chez les enfants, et, en même temps, d'indiquer à ceux qui désireraient faire de la maladie une étude plus complète et plus approfondie, les sources où ils pourront puiser (1).

En 1820, le docteur Abercrombie (*Edinb. med. and surg. Journ.*) dans une monographie sur les maladies du canal intestinal, décrivit l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse chez les enfants, et la fièvre typhoïde s'y trouve comprise; l'examen de quelques observations particulières ne laisse point de doutes à cet égard.—Deux ans après, Wendt (*Traité des maladies des enfants*) signala quelques traits de l'entérite folliculeuse dans son tableau de la *fièvre mésaraïque*.

Billard paraît avoir observé souvent la fièvre typhoïde chez les nouveau-nés; car, parlant de la fièvre entéro-mésentérique de MM. Petit et Serres, il dit que les enfants plus âgés présentent seuls des phenomènes d'ataxie et de putridité, tandis que, sur vingt cas d'inflammation de l'appareil folliculeux des intestins chez des enfants âgés *de quelques jours à deux mois*, il n'a constaté que les phénomènes ordinaires de l'entérite.

On trouve quelques indications assez vagues sur la dothinentérie dans la dernière édition (1837) du Traité de Hencke.—MM. Evanson et Maunsell (*Practical treatise on the manag. and diseas, of Child.* 1836) la signalent également dans les chapitres intitulés *ileitis* et *fievre rémittente*. Si, du reste, leur tableau nous semble assez vague, il ne faut pas oublier qu'en Angleterrre, comme dans l'Amérique, deux affections sont confondues sous le nom de *fever*, l'une qui est notre fièvre typhoïde, et l'autre qui en diffère assez notablement, et qui paraît être le typhus. Il est fort présumable que dans ces pays, les deux formes de la *fièvre* se retrouvent chez les enfants, comme chez les adultes.

Dans l'ouvrage le plus récent sur la pathologie de l'enfance (*Meissner*. Leipsick, 1838), la description de la fièvre typhoïde est assez complète. Constant a publié (*Gaz. méd.* de 1833 à 1836) plusieurs cas d'entérite folliculeuse recueillis à la clinique de M. Guersant.—Dans un travail sur la pneumonie, M. Becquerel (*Archives*, avril 1839) a analysé dix-huit faits de fièvre typhoïde qu'il avait observés chez M. Jadelot en 1838.—Les ouvrages d'Abercrombie, de Parent-Duchâtelet et Martinet, renferment plusieurs observations de dothinentérie, données, par suite d'erreurs de diagnostic, comme des exemples d'affections cérébrales.

Ce n'est que tout à fait dans ces derniers temps qu'ont paru deux mémoires où il est traité spécialement de la fièvre typhoïde chez les enfants. Celui de M. le docteur Taupin a été inséré dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (nov. et déc. 1839, janvier 1840); ce travail, d'ailleurs remarquable par l'élégance de la forme, est important par le nombre considérable de faits analysés par l'auteur (cent vingt et un, dont une centaine recueillis pendant trois semestres d'hiver). Le second mémoire est dû à M. le docteur Rilliet (*Thèse de la Fac.* 3 janvier 1840). Cette dissertation à laquelle nous avons emprunté l'historique exposé plus haut, se distingue par une grande précision dans les détails, par la rigoureuse sévérité de l'analyse et par l'esprit éminemment pratique qui a présidé à sa composition.

Ajoutons, pour prouver encore combien la dothinentérie est fréquente dans la première période de la vie, que pendant notre internat à l'hôpital des Enfants, nous avons observé pendant deux semestres d'été, quarante-quatre cas, lesquels se trouvent répartis par moitiés égales, au nombre de vingt-deux chaque année.

Notre intention n'est pas de tracer, à l'aide de ces matériaux assez nombreux, une description générale de la fièvre typhoïde. Les analogies qui rapprochent la dothinentérie des enfants de celle des adultes sont trop nombreuses et trop frappantes, les différences qui les séparent sont trop peu tranchées pour que nous puissions songer ici à un travail de ce genre. D'ailleurs, la dothinentérie de l'enfance n'est, en définitive, qu'une *variété* dans l'espèce; et décrire *in extenso* cette variété, ce serait s'exposer à n'être, dans bien des endroits, que le copiste des auteurs qui ont traité si complétement de la fièvre typhoïde; nous croyons au moins inutile d'essayer de refaire après eux une histoire à laquelle il n'y a, sur certains points, presque rien à ajouter. Aussi, laissant de côté les éléments de la maladie communs aux deux âges, nous n'insisterons guère que sur les considérations spéciales relatives à l'entérite folliculeuse des enfants, et sur le petit nombre des caractères qui la différencient de la fièvre typhoïde chez les adultes. Nous osons espérer que les résultats mentionnés par nous ne seront pas sans quelque valeur, puisqu'ils ressortiront de l'analyse de deux cent vingt-six faits, dus à des observateurs différents, qui sont arrivés cependant à des conclusions à peu près identiques. Du reste, ce travail ne doit être considéré que comme

(1) Voy. Rilliet, de la fièvre typhoïde chez les enfants (dissertation inaugurale.)

Digitized by Google

un résumé où, la plupart du temps, nous n'avons eu qu'à ajouter aux propositions énoncées par d'autres le contrôle de notre propre observation.

Anatomie pathologique. — Comme on doit naturellement le présumer, la fièvre typhoïde des enfants diffère à peine, sous le point de vue des caractères anatomiques, de celle qui affecte l'adulte. La description que tout le monde connaît, et qui a été tracée avec tant d'exactitude et de précision par les pathologistes de nos jours, convient à l'une et à l'autre. Toutes les altérations primitives ou secondaires, telles qu'on les observe à un âge plus avancé, se retrouvent ici : gonflement et ramollissement ulcéreux des plaques de Peyer, développement anormal et ramollissement des follicules isolés des ganglions mésentériques et de la rate, congestions ou phlegmasies des organes encéphaliques et thoraciques, etc., aucun trait ne manque au tableau morbide.

Deux faits seulement méritent d'être notés : la *rareté des plaques dures* et le *développement plus tardif des ulcérations*.

En effet, la forme de lésion des follicules agminés, connue sous le nom de *plaques molles,* a été dans les observations faites chez les enfants, de beaucoup la plus commune : sur quarante autopsies, sept fois seulement on trouva des plaques dures. On sait, au contraire, que la proportion des cas où l'on rencontre sous la muqueuse des glandes de Peyer un dépôt de matière jaunâtre est bien plus forte chez l'adulte, puisque M. Louis l'estime à un tiers environ du chiffre des faits recueillis par lui, et que M. Chomel paraît regarder ces plaques dures comme un des caractères de la dothinentérie à sa première période.

Les ulcérations si nous en jugeons d'après nos observations et celles de M. Rilliet semblent se développer plus tardivement chez les enfants. Dans quatre-vingt-douze cas réunis à l'Hôtel-Dieu, et dont M. Chomel a fait le relevé, le travail d'ulcération des plaques commença, terme moyen, du huitième au douzième et quinzième jour. Chez quatre enfants dont parle M. Rilliet, la mort eut lieu le quinzième, le dix-neuvième, le vingtième et le vingt et unième jour, et aucune des plaques saillantes n'était encore ulcérée : chez deux autres, que nous avons observés, et qui ont succombé, l'un le vingt-troisième et l'autre le dix-neuvième jour, les glandes de Peyer, notablement gonflées et ramollies ne présentaient cependant aucune ulcération.

Peut-être aussi, dans la fièvre typhoïde de l'enfance, la cicatrisation s'opère-t-elle plus tôt que dans l'âge adulte ; c'est du moins ce que prétend M. Rilliet; mais nous attendons des faits plus nombreux pour nous prononcer sur cette question. Mentionnons toutefois que chez un petit malade, mort d'une méningite tuberculeuse quatre mois après une dothinentérie des mieux caractérisées, il fut impossible de distinguer aucune trace de cicatrice. Quoi qu'il en soit, les propositions d'anatomie pathologique énoncées plus haut, rapprochées de plusieurs considérations tirées de l'*étude* de la symptomatologie, expliqueraient d'une manière assez rationnelle pourquoi la fièvre typhoïde est moins grave dans l'enfance que dans l'âge adulte.

Causes. — Nous avons insisté sur la fréquence de la fièvre typhoïde dans l'enfance en général; mais la maladie n'est pas également commune à toutes les périodes du premier âge. Sur deux cent dix malades, quatre-vingt-huit n'avaient pas dix ans; le reste avait dépassé cette limite. Les années qui correspondirent aux chiffres les plus élevés furent la quatorzième (quarante-sept cas), la onzième (vingt-six cas), et la neuvième (vingt-cinq cas). De deux à cinq ans on ne compta que vingt-trois cas, tandis qu'il y en eut cent vingt-quatre de onze à quinze ans. La dothinentérie aurait donc son maximum de fréquence de onze à quinze ans, et décroîtrait, dans une proportion assez régulière, jusqu'à la deuxième année où serait son maximum. — Peut-elle se développer avant la deuxième année? Nous avons cité un passage de Billard, qui semble résoudre cette question par l'affirmative. Nous espérions trouver dans l'excellent ouvrage de M. Valleix (*Clin. des mal. des enfants nouveau-nés*) des renseignements relatifs à ce sujet ; mais il n'y est fait mention de la fièvre typhoïde dans aucun chapitre, et nous regrettons d'autant plus ce silence (qu'il soit fondé ou non), que l'opinion formelle de Billard appelait le contrôle d'une observation rigoureuse. A défaut des faits recueillis par nous-même, nous rappellerons que M. Littré a vu un enfant de 22 mois atteint de dothinentérie, et nous empruntons à la thèse de M. Rilliet une citation d'Abercrombie qui prouve que cet auteur a indiqué manifestement la lésion des plaques et des ganglions chez des enfants de 6 et 7 mois. « Les intestins étaient sains à l'extérieur, sauf quelques taches superficielles ; à la surface interne de l'intestin grêle il y avait, en plusieurs points, des taches limitées, couvertes de petites ulcérations. Ces taches étaient blanchâtres ou cendrées, d'une apparence de rayon de miel ; elles étaient légèrement élevées au-dessus du niveau des parties environnantes ; celles de l'intérieur de l'intestin correspondaient à celles de l'extérieur : les ganglions mésentériques étaient tuméfiés, les autres viscères sains. »

L'acclimatement a, de même que chez l'adulte, une influence évidente sur le développement de l'affection typhoïde, puisque les deux tiers environ des enfants étaient récemment arrivés à Paris, le plus grand nombre n'ayant que plusieurs mois de séjour. — Les garçons paraissent y être plus exposés que

Digitized by Google

les filles, d'après la statistique de MM. Rilliet et Taupin. Dans notre relevé, les deux chiffres sont absolument les mêmes. — Les enfants forts et bien portants sont peut-être atteints plus fréquemment que ceux dont la constitution est moins robuste.

Ni les vers, ni la dentition, ni la jalousie, regardés par le vulgaire comme causes de tant de maladies de l'enfance, n'ont influé en aucune façon sur la manifestation de la dothinentérie. — Quelques faits exceptionnels cités par M. Taupin militent en faveur de la contagion ; M. Rilliet en rapporte trois qui sont analogues ; pour nous, nous n'avons rencontré rien de semblable.

Symptômes. — Début souvent brusque : vomissements ; accablement, somnolence notables ; céphalalgie, fièvre intense, avec sécheresse de la peau. — D'autres fois, inappétence, constipation ou diarrhée, douleurs vagues, lassitudes pendant quelques jours ; assez rarement épistaxis ; l'enfant est triste, lent dans ses mouvements, indifférent à ses jeux les plus favoris ; il y a de l'insomnie, de l'agitation la nuit ; des cris au réveil.

Quels qu'aient été ses commencements, la maladie se caractérise bientôt davantage : le pouls est fréquent, de 120 à 150, assez plein ; la peau est sèche et brûlante ; la soif est vive, le dégoût pour les aliments complet ; la langue est sale, rouge aux bords et à la pointe, visqueuse ; les gencives sont recouvertes de petites pellicules blanchâtres (exsudations pseudo-membraneuses) ; la diarrhée est plus abondante ; il y a de la douleur au ventre, surtout dans la fosse iliaque droite, du météorisme, du gargouillement, plus tard des taches lenticulaires. Le facies a une stupeur caractéristique, principalement chez les enfants un peu âgés. La faiblesse générale augmente, l'intelligence et les sens deviennent obtus, ou l'assoupissement qui existait déjà est plus profond ; la respiration est accélérée ; la toux sèche, etc.

A mesure que la dothinentérie suit son cours, cet état s'aggrave encore : le pouls est petit, dépressible ; la peau toujours âcre et brûlante ; la langue est sèche, recouverte, comme les dents, les lèvres et les narines, de croûtes noirâtres. La déglutition devient difficile ; les boissons ingérées provoquent une toux convulsive et sont rejetées par les fosses nasales. Les selles sont involontaires ; le ventre est tendu et ballonné ; la rate déborde le rebord des fausses côtes. Les symptômes thoraciques augmentent d'intensité : la respiration est plus difficile ; la toux plus fréquente ; la voix faible et saccadée. En même temps l'ataxie ou l'adynamie sont à leur plus haut point ; des eschares se forment, etc.

La mort arrive alors de différentes manières, suivant la prédominance de telle ou telle forme ; ou bien, au contraire, la scène change, et les symptômes perdent de leur gravité : la fièvre diminue, la peau est moins sèche ; la langue s'humecte, l'appétit renaît, la diarrhée est moindre, le météorisme cesse, ainsi que la douleur du ventre ; la toux est moins fréquente, et l'expectoration plus facile ; le facies est meilleur, plus calme et plus gai ; les forces reviennent, l'enfant se lève sur son séant, et joue volontiers ; enfin la convalescence se dessine franchement.

Tel est en raccourci le tableau de la fièvre typhoïde, et si nous l'envisagions ainsi d'une manière générale dans ses diverses périodes, dans ses formes, dans sa durée, nous lui trouverions une ressemblance presque parfaite avec la dothinentérie des adultes. Mais descendons dans les détails, et nous aurons à signaler des nuances assez nombreuses, dont l'appréciation n'est pas sans importance. Nous verrons que les symptômes de la maladie ne se montrent pas tous avec le même degré de rareté, et que la valeur séméiologique des phénomènes étant quelquefois différente, les bases sur lesquelles nous établissons le diagnostic devront subir quelques changements.

Les *vomissements* sont très-communs au début de la fièvre typhoïde observée dans l'enfance : ils surviennent au moins dans la moitié des cas, presque constamment le premier ou les trois premiers jours (rarement à une période plus avancée). Ils sont peu nombreux et ne durent guère au delà de cette limite ; cependant, chez un enfant de quatre ans et demi, qui succomba au neuvième jour d'une dothinentérie, ils se répétèrent le cinquième jour avec une grande fréquence et avec la spontanéité des vomissements de la méningite (*Rilliet*).

La *douleur du ventre*, en général peu intense, est d'une appréciation difficile, parce que l'enfant ne rend pas ou rend mal compte de ses sensations, ou parce qu'il crie au moindre attouchement de l'abdomen, comme de toute autre partie du corps.

La *constipation* nous a paru se montrer dans une proportion plus forte que chez l'adulte (environ un tiers des cas) ; mais elle n'est jamais opiniâtre, cède volontiers même à de doux purgatifs. D'ordinaire la diarrhée ne tarde pas à lui succéder, et persiste jusqu'à la fin de la maladie. Les selles sont souvent involontaires, sans qu'on doive en tirer de conséquence fâcheuse si les enfants sont très-jeunes, parce qu'on sait qu'à cet âge, malades ou bien portants, ils s'inquiètent fort peu d'être salis, et l'odeur qui s'exhale de leur couche souillée avertit plus souvent encore que leurs cris du moment de l'excrétion. — Les hémorrhagies intestinales sont un accident tout à fait exceptionnel, M. Rilliet n'en cite aucun exemple ; M. Taupin n'en mentionne qu'un seul, où la mort eut lieu. Nous en avons ob-

Digitized by Google

servé un second ; au treizième jour d'une fièvre typhoïde modérément grave, une jeune fille de quatorze ans rendit par les selles à peu près la valeur d'un verre de sang ; l'hémorrhagie, combattue par une application de sangsues à l'anus et des lavements d'amidon, ne reparut point, et la guérison ne se fit pas attendre au delà du terme ordinaire.

La *rétention d'urine*, cet accident de la période moyenne ou ultime assez fréquent chez les adultes, est encore fort rare : sur nos deux cent vingt-six cas il est noté deux fois seulement.

La *langue*, toujours altérée, a, comme chez l'adulte, des caractères fort variés. La *soif* est habituellement intense : l'enfant se jette avec avidité sur le gobelet qu'on lui présente, et avale rapidement une grande quantité de boisson. Quand il ne peut encore exprimer ses besoins par la parole, il reste dans le décubitus dorsal, la bouche ouverte, appelant pour ainsi dire le liquide par le mouvement de ses lèvres, et quelquefois haletant.

L'*épistaxis* est regardée comme une hémorrhagie particulière à l'enfance : il y a du vrai dans cette assertion, comme le remarque avec justesse M. Taupin, car c'est presque une exception de voir à cet âge des écoulements sanguins se faire par d'autres voies. Mais nous serions plus disposés à croire, d'après les faits que nous avons observés, que l'hémorrhagie nasale est, dans l'enfance, plus commune en santé qu'en maladie, et que, par inverse, elle est plus fréquente chez l'adulte dans l'état pathologique. On s'est enquis avec soin de l'existence ou de l'absence de l'épistaxis dans la dothinentérie de l'enfant, et notre statistique réunie ne donne, pour les cas où elle a été constatée, qu'une proportion d'*un onzième*, tandis que cette proportion serait, chez les adultes, des *deux tiers* environ, d'après les chiffres de M. Louis.

La *céphalalgie* ne manque presque jamais ; elle est, d'ailleurs moins forte que dans les affections cérébrales. L'enfant exprime cette douleur de tête, soit, comme l'adulte, par le langage, soit en portant la main à son front, soit par des cris aigus, plus souvent par de simples grognements, et, en même temps, par un froncement marqué des sourcils avec demi-occlusion des yeux.

On peut dire des autres troubles du système nerveux, que tels ils se montrent chez les adultes, et tels ils sont d'ordinaire chez les enfants : seulement on conçoit qu'il est fort difficile de les reconnaître aux premières années de sa vie, et c'est là un des plus grands écueils du diagnostic. Quant au *délire*, il ne saurait exister là où l'intelligence n'existe pas : il est alors remplacé par l'anxiété, l'agitation, les cris aigus sans cause, symptômes qui, par malheur, n'offrent souvent rien de caractéristique, et qui peuvent appartenir aussi bien à une pneumonie ou à une fièvre éruptive.

Dans un grand nombre de cas, l'*assoupissement* persiste plus ou moins longtemps avec tous ses degrés, toutes ses nuances, et les membres, comme paralysés, répondent à peine aux stimulations extérieures. Cette somnolence n'a d'ailleurs rien de particulier, non plus que d'autres phénomènes nerveux, tels que l'obtusion des sens, la dilatation des pupilles, la carphologie, les soubresauts des tendons, etc.— Les *douleurs musculaires et articulaires* que les enfants éprouvent au début et dans le cours de l'affection, persistent parfois aux genoux et aux aines au delà du terme habituel, et M. Taupin a remarqué, dans trente cas de ce genre, que la taille des sujets avait pris un assez grand accroissement.

Signalons, comme étant rares dans la fièvre typhoïde du premier âge, les grincements de dents, les mâchonnements, qui appartiennent beaucoup plutôt à la méningite, et rapportons comme exceptionnels les faits suivants : un cas où M. Rilliet a constaté des *mouvements choréiques* chez un jeune sujet qui succomba le trente-septième jour ; un autre également mortel, où M. Taupin a observé pendant plusieurs heures une véritable *catalepsie*, et un troisième où nous-mêmes avons vu des *contractures* des deux mains et des deux pieds survenir le vingt et unième jour d'une dothinentérie assez grave, persister, durant six jours, avec douleur quand on essayait de vaincre la rétraction des doigts, et cesser avec l'établissement plus franc de la convalescence. — Notons aussi deux points assez importants, la rareté plus grande que chez l'adulte de la formation des eschares (douze fois sur deux cent vingt-six), et surtout des perforations intestinales, dont M. Taupin a seul observé deux exemples, sur ce même nombre deux cent vingt-six (1).

Nous ne trouvons rien de spécial, ni dans l'érup-

---

(1) L'analyse de ces observations nous donne d'autres faits qu'il n'est pas ordinaire de rencontrer : 1 de *gangrène du poumon*, observé dans la période de décroissement (Taupin) ; 6 de *stomatite couenneuse* ou *ulcéreuse* ; 5 d'*anasarques*, survenues dans la convalescence (dans l'un nous avons trouvé dans l'urine une proportion notable d'albumine ; les urines n'étaient point albumineuses dans un autre (Rilliet), où l'œdème avait commencé en même temps que la maladie) ; 1 d'*artérite* chez un enfant de quatorze ans qui avait eu une fièvre typhoïde à l'hôpital, et qui rentra huit jours après sa sortie, pour un œdème considérable du membre abdominal gauche. Il y avait en outre douleur sur le trajet de l'artère, depuis l'aine jusqu'au pied, cessation complète des battements artériels, diminution de la chaleur, etc. La guérison fut obtenue en une quinzaine de jours : les battements artériels continuèrent toutefois à rester presque imperceptibles (Rilliet, Taupin).

Digitized by Google

tion (taches lenticulaires, sudamina), ni dans les symptômes thoraciques liés si essentiellement au grand ensemble d'altérations qui constitue la fièvre typhoïde. Mais, pour terminer ce que nous avons à dire sur les différences d'expression phénoménale de la dothinentérie des enfants et des adultes, ajoutons qu'une *crise* (Taupin) commune chez ces premiers, est l'apparition d'une otorrhée, qui, en effet, a eu lieu vingt-huit fois, du dix-septième au trente et unième jour, dans des fièvres typhoïdes qui ont guéri malgré leur gravité, et une fois seulement chez un jeune sujet qui a succombé.

L'alopécie et la génération spontanée d'une abondante vermine sont également des accidents habituels de la convalescence (quatre-vingt-quinze fois, dans les cent vingt et une observations de M. Taupin).

Diagnostic différentiel. — Lorsqu'après avoir décrit une maladie quelconque, on arrive au diagnostic différentiel, il est un écueil rarement évité : c'est de trop rester dans les considérations générales, et de ne pas insister suffisamment sur les particularités. Pour mieux frapper les yeux de l'observateur, on trace largement le tableau morbide, puis on le rapproche d'autres affections analogues que l'on esquisse également à grands traits, de sorte qu'il semble qu'une méprise ne soit pas possible entre des maladies dont la physionomie offre des différences si tranchées. Au lieu de comparer ainsi des extrêmes qui ne se touchent point, comparaison véritablement superflue, qu'on choisisse au contraire les cas exceptionnels; au lieu de ne voir les maladies que dans leur ensemble, qu'on descende dans le détail des faits particuliers et qu'on examine avec soin les points de contact de deux affections à la limite qui les sépare; qu'on mette en relief deux ou trois circonstances capitales, et cette méthode plus utile prémunira plus sûrement contre les chances d'erreur.

Ainsi, pour la fièvre typhoïde, si on la considère dans son ensemble, on la distinguera sans peine à la multiplicité de ses symptômes, à la réunion pathognomonique de ses phénomènes cérébraux, thoraciques et abdominaux. Mais qu'une forme prédomine ou qu'un groupe de symptômes vienne à manquer, ou bien encore qu'une autre maladie se présente avec des complications anomales, le diagnostic ne sera plus si facile; car, de tous les phénomènes nombreux dont la succession par périodes régulières caractérise la dothinentérie, aucun ne lui appartient en propre, si ce n'est l'éruption des taches lenticulaires, qui ne se montre dans aucune autre affection.

La fièvre typhoïde pourrait, à son début, être prise pour une *fièvre éruptive* commençante; mais, indépendamment de ce fait que la dothinentérie est plus rare que les fièvres éruptives dans les trois premières années de la vie, celles-ci ont plusieurs traits distinctifs. Pour la *rougeole*, le larmoiement des yeux et le coryza qui précèdent les taches rubéoliques et qui ne manquent point, lors même que l'éruption se fait attendre cinq, sept et treize jours (comme nous en avons vu un exemple); pour la *scarlatine*, l'angine et l'apparition rapide de la rougeur; pour la *variole*, le lumbago et les vomissements répétés; pour toutes trois, quand l'éruption tarde à se faire, l'agitation extrême ou les convulsions, tels sont les caractères les plus saillants, et qui devront attirer surtout l'attention. Dans les cas douteux, il faudra non-seulement regarder la face plusieurs fois par jour, et très-attentivement, pour tâcher d'y découvrir quelque tache ou quelque papule naissante; mais encore on devra inspecter toute la surface cutanée, et si l'on soupçonne plutôt une variole, à cause de l'absence de cicatrices vaccinales, examiner la partie supérieure et interne des cuisses, parce que ces parties, irritées chez les très-jeunes enfants, par le contact de l'urine ou des matières fécales sont souvent les premiers points où l'éruption variolique se déclare.

La *tuberculisation aiguë*, qui est beaucoup plus fréquente dans l'enfance que dans l'âge adulte, et qui a aussi une tendance bien plus grande à se généraliser dans les organes des trois cavités; la tuberculisation aiguë, disons-nous, présente quelquefois la plus grande ressemblance avec la fièvre typhoïde, et il est alors très-difficile de ne pas se tromper. Les exemples de pareilles erreurs ne sont pas aussi rares qu'on le croirait au premier abord : M. Taupin en cite trois, et nous en avons nous-même observé deux des plus frappants. Qu'on se représente, en effet, les symptômes multipliés qui se sont montrés dans ces cas et qui étaient la traduction des nombreuses altérations anatomiques; *symptômes abdominaux* (douleur de ventre, *météorisme*, diarrhée) expliqués par l'entéro-colite tuberculeuse; symptômes thoraciques (toux, dyspnée, râles sibilant et muqueux) expliqués par la présence des tubercules dans les poumons; symptômes cérébraux (délire, céphalalgie, etc.) dépendants d'une méningite tuberculeuse, ou accablement, prostration sympathiques, etc.; sudamina, réaction fébrile prononcée, que manque-t-il ici à la description la plus complète de la fièvre typhoïde? L'épistaxis? mais elle n'est pas commune dans la dothinentérie de l'enfance. Les taches lenticulaires? mais elles sont quelquefois si peu nombreuses (deux ou trois), qu'elles peuvent fort bien échapper à la plus scrupuleuse investigation; et d'ailleurs elles ne paraissent que du septième au dixième jour, et quelquefois pâlissent très-vite, de sorte qu'avant ou après, ce précieux renseignement fait défaut. On conçoit que, dans des circonstances semblables, il faudra procéder avec la plus grande réserve, et se tenir dans la voie de la plus

Digitized by Google

rigoureuse analyse, étudier un à un les phénomènes, les comparer et peser la valeur de chacun, soit isolé, soit réuni à d'autres; ce sera le seul moyen, si nous manquons de renseignements et si la marche de la maladie n'a pu nous éclairer, d'éviter une erreur de diagnostic et de nous épargner de graves mécomptes dans notre pronostic.

Plusieurs formes de la fièvre typhoïde pourront être aisément confondues avec d'autres affections. La méprise la plus commune est celle qui consiste à prendre pour une méningite une dothinentérie ataxique. On ne saurait expliquer autrement que par des erreurs de ce genre les guérisons de *fièvre cérébrale* si souvent opérées par certains praticiens. Les deux maladies ont, à mesure qu'elles se développent, des différences tranchées, et plus elles s'éloignent de leur début, plus elles deviennent dissemblables : d'un côté, évidence de phénomènes cérébraux particuliers (convulsions, strabisme, paralysie, etc.), et, par opposition, phénomènes abdominaux peu marqués; de l'autre concomitance de symptômes cérébraux et abdominaux très-prononcés, tels sont les points de dissemblance que la marche des deux affections rend de plus en plus frappants. Mais à leur commencement, et surtout le premier jour, la distinction entre les deux maladies est à peu près impossible. Ceux qui voudront avoir un résumé complet des éléments divers qu'il faut examiner et comparer, pour la solution de ce problème difficile, n'auront qu'à étudier le tableau différentiel qui a été tracé de main de maître par un praticien consommé, dont la haute sagacité égale l'expérience (Guersant, art. *Méningite* du *Dict. de méd.*, t. XIX); ils y verront qu'au début c'est principalement dans les symptômes fournis par l'appareil de la digestion qu'il faut chercher des caractères distinctifs, que ne donnerait point l'examen comparé des phénomènes cérébraux qui peuvent être, dans les deux cas, parfaitement semblables, (dans la *fièvre typhoïde*, soif vive, *langue plus ou moins sale et rouge à la pointe et aux rebords*, un ou deux vomissements, chaleur âcre et douleur du ventre, et plus souvent diarrhée; dans la *méningite*, chez les enfants, vomissements répétés, sans soif, *langue presque nette*, forte constipation).

Entre la dothinentérie *abdominale* et *l'entérite*, la ressemblance est presque complète, surtout chez les enfants très-jeunes. On le concevra sans peine si l'on réfléchit, d'une part, à la gravité plus grande de l'entéro-colite dans les premières années de la vie, et à son influence plus constante et plus profonde sur le système nerveux; et, de l'autre, à la difficulté, pour ne pas dire à l'impossibilité, de constater à cet âge d'une manière précise les troubles de l'innervation, le délire, l'obtusion des sens, l'affaiblissement plus ou moins grand des forces, etc. Aussi, tout à fait au début, la distinction ne nous paraît pas possible; mais, quelques jours après, trois signes caractéristiques se montrent dans la dothinentérie, et ils manquent toujours dans l'entérite simple : ce sont d'abord le râle sibilant, et un peu plus tard les taches lenticulaires et le gonflement de la rate qui survient habituellement dans le second septenaire. Du reste, on comprend qu'ici un diagnostic précis serait beaucoup plus important en vue du pronostic que par rapport au traitement.

Quelquefois, enfin, on a cru à l'invasion d'une fièvre typhoïde, dans des cas où l'on reconnaissait bientôt un embarras gastrique, une fièvre éphémère (affection si commune chez les enfants), ou même une pneumonie. Ces erreurs ne sauraient se prolonger au delà d'un jour ou deux, et un peu d'attention suffira pour les faire éviter.

Pronostic et traitement. — La fièvre typhoïde est moins grave chez les enfants que chez les adultes. Cette conclusion ressort, comme nous l'avons vu, de l'examen des caractères anatomiques (rareté des *plaques dures* et des perforations, lenteur plus grande du travail d'ulcération), et de celui des symptômes (rareté de quelques phénomènes graves, selles sanguinolentes, eschares, rétention d'urine, etc.). Elle ressort également des données de la statistique : si, par un hasard malheureux, M. Rilliet a constaté la mortalité dans un cinquième des cas, les chiffres de M. Taupin et les nôtres donnent une proportion bien différente (un dixième, un vingtième).

Les auteurs qui ont voulu juger quel était le meilleur mode de traitement de la fièvre typhoïde chez les adultes, se sont, avec raison, adressés à la statistique, et les chiffres nombreux qui sont consignés dans la science peuvent au moins servir d'éléments pour la solution du problème. Nous sommes beaucoup moins avancés relativement à la dothinentérie observée dans le premier âge, et nous n'essaierons certainement pas, dans une maladie dont les formes et les variétés sont si nombreuses, de décider la question avec deux cent vingt-six observations. Dans cette statistique très-bornée, nous trouverions d'ailleurs une contradiction qui serait peu propre à nous éclairer. Les faits de MM. Rilliet et Taupin ont été recueillis dans un service où le traitement par les purgatifs est presque exclusivement employé, et l'un a trouvé une mortalité considérable, l'autre une mortalité moindre de moitié. Nos observations ont été prises dans un service où une thérapeutique mixte, plutôt antiphlogistique au début, était préférée, et nous n'avons eu que deux cas malheureux sur quarante-quatre; mais ce nombre est réellement trop petit pour que nous puissions nous en prévaloir en faveur de ce mode de traitement.

A défaut d'expériences faites sur une grande échelle, rappelons que la méthode des saignées répétées est moins applicable dans la fièvre typhoïde de l'enfance, les malades supportant moins bien à cet âge les déplétions sanguines abondantes. Les purgatifs devront aussi être employés avec plus de réserve, et d'une manière moins continue, parce que, chez les enfants, ils provoquent avec plus de facilité l'inflammation du tube intestinal, et que chez eux l'entéro-colite est infiniment plus grave. Nous croyons que l'exagération dans la méthode antiphlogistique ou évacuante serait ici condamnable, et nous serions enclins à préférer une médication combinée, dont la diversité s'accommode aux formes essentiellement variables de la fièvre typhoïde. *Suivre la nature*, non pas comme un retardataire ou un aveugle, mais comme un surveillant sévère qui observe sa marche avec vigilance et sagacité, toujours prêt à profiter habilement de ses bonnes tendances, comme à combattre vigoureusement ses mauvaises; telle est la médecine véritablement *rationnelle*. Et d'ailleurs, cette médecine sagement expectante et agissante, n'est-elle pas celle dont les avantages dans les fièvres éruptives (combien de points de contact entre ces fièvres et la dothinenterie!) ont reçu la sanction de l'expérience des siècles! (1)

ARCHIVES DE MÉDECINE.—Juillet 1840.

De l'hypertrophie du cerveau; par le docteur MUNCHMEYER, de Lunebourg.

Entrevue déjà par Jadelot et Laënnec (*Journal de Corvisart et Leroux*, 1806), l'hypertrophie du cerveau n'a été bien connue que par les intéressantes observations publiées par Dance, en 1828, et, plus tard, par celles de M. Andral (*Clinique médicale*, t. V). La plupart de ces observations n'ont été prises que sur les adultes. Dance lui-même croyait que l'âge adulte était une des causes prédisposantes de cette maladie. Les observations ultérieures de Burnet, de Hufeland et surtout de M. Sims (*On hypertrophie of the brain*. Dans *Transact., med. chir. of Lond.*, 1835, t. XIX, p. 315), ont prouvé qu'elle est fréquente chez les enfants, chez lesquels, il est vrai, elle a dû être prise pour une hydrocéphale. Le mémoire dont nous allons donner l'analyse regarde cette maladie comme presque nécessairement liée à l'état fœtal. Nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de reproduire le résultat des recherches de M. Munchmeyer, tout autant pour leur originalité que parce qu'elles appelleront l'attention des pathologistes sur une maladie peu connue (*Osterreich. Zeitscrh.*, et *Schmidts Jahrbucher*, 1840, t. XXXV, p. 19). Bien que les idées de ce médecin s'éloignent souvent de la précision qu'on est en droit de réclamer d'un travail médical, nous avons cru devoir les conserver dans leur intégrité.

Le but que se propose l'auteur du mémoire est de démontrer que l'hypertrophie du cerveau ne survient pas seule, mais qu'elle résulte le plus souvent d'une constitution anormale du cerveau, survenue pendant la vie intra-utérine ou dans les premiers temps de l'enfance; que cette altération est ordinairement le principe de la maladie. Il en donne la définition suivante : C'est une augmentation de volume et de poids de la masse cérébrale dans son parenchyme propre, sans altération appréciable de sa substance, et sans l'existence de productions morbides. Le poids absolu de l'organe est augmenté; la pesanteur spécifique reste la même. La consistance du cerveau devient surtout chez les enfants plus molle et plus élastique. Ajoutons à ces caractères que le plus souvent les fonctions de l'encéphale ne sont ni abolies, ni profondément troublées, mais pourtant manifestement modifiées, et l'on aura l'idée que M. Munchmeyer veut donner de l'hypertrophie du cerveau. Les altérations que présente cette maladie éprouvent des modifications notables, soit lorsqu'elles arrivent à un plus haut degré, soit lorsque surviennent des complications. La plus constante de ces modifications est l'aplatissement des circonvolutions cérébrales, par suite de la compression exercée par le crâne sur l'organe augmenté de volume; l'absence de tout liquide dans les ventricules; l'adhérence de la dure-mère à la voûte crânienne, surtout vers les sutures ou le confluent des sinus. Un dernier caractère, c'est que l'hypertrophie est ordinairement bornée au cerveau et n'attaque que rarement ou jamais le cervelet. Quant aux altérations de structure, à la sécheresse du cerveau, à sa consistance plus ou moins ferme, ce sont plutôt des lésions secondaires.

La plupart des altérations que nous venons de nommer avaient déjà été signalées par les auteurs, avec quelques différences pourtant. Ainsi Dance donne pour caractère de cette maladie, avec l'apla-

(1) Ajoutons que notre honoré maître, M. Guersant, n'a pas dans la fièvre typhoïde de traitement *unique*, *spécial*, et qu'il varie ses moyens thérapeutiques suivant les indications. Dans la forme ataxique il emploie très-souvent en ville les bains tièdes et les irrigations d'eau fraîche sur la tête, continués quelquefois pendant plusieurs jours (de l'eau à 18, 16 et 14° R. est incessamment versée par un syphon à double courant dont le jet n'a pas plus d'une demi-ligne de diamètre). Nous avons été témoin de guérisons tout à fait inespérées qu'il a obtenues par ce moyen.

d by Google

tissement des circonvolutions, une consistance et une blancheur insolites de la substance cérébrale, une sécheresse remarquable de son parenchyme; ce qui contredit les observations de l'auteur allemand. Andral, Burnet, Scoutetten ont fait les mêmes remarques que Dance.

Il faut noter que ces observations ont été faites sur les adultes, et M. Munchmeyer ne parle que de l'hypertrophie dans l'enfance; d'ailleurs, dans trois observations recueillies sur des enfants de 11 mois, 3 et 10 ans, rélatées dans le mémoire de M. Sims, le cerveau était mou; dans un cas, il avait la consistance du fromage à la crême (obs. IX, X, XI).

Le premier développement de l'hypertrophie cérébrale a lieu le plus ordinairement pendant la vie intra-utérine; c'est l'époque en effet où le cerveau moins organisé subit avec le plus de facilité des transformations. Voici comment l'auteur explique la transformation qui donne lieu à la maladie dont il traite. S'appuyant des recherches de Tiedemann, Valentin; il constate que pendant la vie intra-utérine, le cerveau est un des organes les plus pesants et les plus riches en vaisseaux veineux ou lymphatiques, du reste, sans forme et sans organisation. Sa *signification* particulière ne se prononce que lorsque les autres organes se prononçant, la vie animale commence à équilibrer la vie végétative. Le type *primaire* de l'organisation cérébrale ne disparaît pas toujours au moment de la naissance; il persiste quelquefois pendant la première année, et l'organe n'arrive à une situation fixe que lentement et presque insensiblement. Il se peut que cette marche soit troublée, et que ce type *primaire* persiste au delà du temps nécessaire pour qu'il atteigne son organisation fixe dans le cerveau; il en résulte une hypertrophie, et celle-ci devient le germe de nombreuses maladies de l'enfance.

Bien qu'on ne puisse nier la production de l'hypertrophie cérébrale, dans un âge plus avancé, il faut néanmoins la considérer comme le résultat, soit d'une disposition innée, soit d'une altération survenue dans les premiers temps de la vie. Il ne serait même pas invraisemblable de la considérer à cet âge comme originaire de la première période de la vie. Les autopsies démontrent, en effet, que cette altération peut longtemps exister à divers degrés sans influence sur la santé générale, s'il ne survient pas de maladies intercurrentes. On conçoit, du reste, difficilement que le cerveau ayant une fois revêtu sa consistance normale puisse recevoir facilement une altération semblable, ne fut-ce d'ailleurs qu'à raison du peu de tendance qu'ont à l'hypertrophie les substances nerveuses. Pendant la vie intra-utérine, et à son moindre degré de développement, cette maladie peut exister sans entraîner de grands dangers, et l'on comprend même que, plus tard, la vie puisse s'en accommoder, à condition toutefois qu'il n'y aura pas d'accroissement dans son intensité. S'il ne survient pas d'accidents, il peut s'établir une sorte d'équilibre entre l'action du cerveau et celle de l'organisme, et la vie persiste. L'auteur voit tous les jours des enfants qui ont présenté, à leur naissance, les signes de l'hypertrophie cérébrale, et qui pourtant sont arrivés sans accident à la puberté. Sans une difformité du crâne, ils se trouveraient bien. Leur intelligence est, en général, bonne; quelques-uns l'ont même très-développée. Il reste toujours néanmoins une disposition maladive qui tend à une issue funeste, soit par le développement de la maladie primaire, soit par l'influence d'une maladie intercurrente. Quelquefois, à ses dernières périodes, la maladie détermine une hydrocéphale interne ou externe, ou un ramollissement. Dautres fois, sous l'influence d'accidents secondaires, comme dans la période de la dentition, dans une maladie fébrile, pendant un exanthème, et surtout la scarlatine, l'hypertrophie prend une marche des plus aiguës. Ici se rattachent les convulsions, les paralysies, l'hydrocéphale aiguë. Constatons pourtant que l'hypertrophie cérébrale est rarement mortelle quand elle est seule. Presque toujours la mort est le résultat de son passage à d'autres maladies.

Causes.—Admettant que l'hypertrophie cérébrale est le résultat d'un développement anormal survenu pendant la vie intra-utérine, l'auteur croit devoir en rechercher la première raison dans l'acte même de la génération. Sans nous arrêter aux hypothèses qu'il émet à propos des rôles que jouent le père et la mère dans la génération, nous dirons qu'il croit avoir constaté que cette maladie résulte d'une génération incomplète, où la puissance du père est inférieure à celle de la mère, comme dans le cas de jeunes gens épuisés par des maladies syphilitiques bien que guéries, ou bien qui ont abusé des plaisirs vénériens. Il l'a constaté également chez des enfants issus du mariage d'un vieillard avec une jeune femme. La constitution scrofuleuse est également une cause fréquente. La prédominance des fluides blancs dans cette constitution, doit nécessairement s'appliquer au cerveau comme à tous les autres organes, et lui imprimer cette disposition hypertrophique d'autant plus facilement que l'âge de l'enfant sera moins avancé. La position de l'enfant dans la matrice, la nourriture qu'il reçoit pendant les premiers temps de la vie extra-utérine ne sont également pas sans influence. Dans le premier cas, il est nécessairement des parties qui sont plus comprimées, et d'autres qui le sont moins et où afflue une plus grande quantité de fluides, et l'auteur a vu des enfants d'une même famille, dont ceux qui étaient venus dans une mauvaise position étaient seuls disposés à l'hypertrophie du cerveau. Dans le second cas, une

Digitized by Google

nourriture trop abondante et trop fortifiante, donnée à un enfant faible, peut également être cause de la maladie.

Diagnostic. — Cette maladie est facilement méconnue quand le médecin n'est appelé qu'après le développement des accidents graves, parce qu'en général ces accidents sont de différentes maladies cérébrales. Avant le développement de ces accidents, voici habituellement ce qu'on observe : la tête est plus volumineuse qu'à l'état normal, les bosses pariétales sont très-marquées, les os frontaux sont notablement saillants au-dessus de la racine du nez; la conformation du reste du corps est normale; les yeux sont plus volumineux, écartés l'un de l'autre, le regard est faible et sans éclat, la langue est volumineuse, elle remplit la bouche, en sort souvent et reste immobile entre ses lèvres; appétit considérable, vorace, il ne paraît pas y avoir d'intelligence gustative; disposition très-marquée à des éruptions à la tête; fréquentes sueurs parfois bornées à la tête; le cri est modifié, tantôt plus sourd et plus âpre, tantôt plus aigu et perçant; constipation fréquente; affaiblissement marqué des organes de la vie animale et du système musculaire en particulier. Les facultés cérébrales éprouvent aussi quelques modifications; il survient une apathie prononcée, une sorte d'intelligence des objets extérieurs; quelquefois ces enfants sont pris de mouvements convulsifs, ou d'une roideur tétanique plus ou moins intense. Le plus ordinairement pourtant il n'existe que de l'apathie, ce qui n'empêche pas les malades d'avoir de l'intelligence et même une volonté assez prononcée.

Tous ces symptômes sont ceux de l'hypertrophie dans tout son développement; ils sont réunis en plus ou moins grand nombre suivant le degré de la maladie. Le crâne ne suit pas toujours le développement de l'organe qu'il renferme. Ce serait pourtant une circonstance heureuse, car l'élargissement proportionné de la cavité crânienne semble favoriser la persistance des fonctions cérébrales, et peut-être en pourrait-il résulter une sorte d'accoutumance de l'économie, avec la réserve toutefois que nous avons signalée, c'est-à-dire, avec la prédisposition à plusieurs maladies graves du cerveau, l'apoplexie, le ramollissement; mais il arrive fréquemment que la capacité du crâne n'augmente pas avec le volume du cerveau. C'est alors une circonstance très-grave. Ordinairement la tête est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal; mais sans déformation; l'ossification des sutures est habituellement complète. Dans les cas où le crâne ne peut augmenter de capacité, il arrive souvent que les enfants succombent brusquement sous l'influence d'un accident ou de la moindre complication. Les petits malades sont alors aussi plus sensibles, plus impressionnables : il y a une tendance prononcée à l'assoupissement; ils supportent difficilement leur tête; leur marche est vacillante d'autant plus que la tête est plus lourde. Il n'est pas rare de rencontrer, comme complication de l'hypertrophie cérébrale, des arrêts de développement de différentes parties. Ainsi l'auteur a vu souvent l'asthme thymique, ou plutôt la persistance du développement du thymus; le strabisme, quand il n'est pas dû à une affection de l'œil, le bec de lièvre, etc.

(Nous n'avons que peu de choses à ajouter à cette énumération de symptômes. Disons seulement que Dance et Andral ont noté, chez les adultes, une céphalalgie ordinairement violente et sujette à des exacerbations, la perversion des facultés intellectuelles, la lenteur du pouls. Il est à regretter que l'auteur ne se soit pas attaché à établir le diagnostic différentiel de cette maladie avec l'hydrocéphale qui semble avoir avec elle des rapports assez intimes.)

Pronostic. — Le pronostic est, dans la plupart des cas, moins grave que dans beaucoup de maladies cérébrales, et d'autant moins que la maladie survient à un âge moins avancé. Dans ce cas, en effet, il persiste de la tendance à revenir à l'état normal. Du reste, le danger de cette maladie dépend de son degré de développement, de l'état de la santé générale, et de la gravité des maladies intercurrentes. Il ne faut pas oublier pourtant que, lorsqu'il y a eu hypertrophie cérébrale, celle-ci ne se dissipe pas dans un temps court et limité, elle suit le développement du cerveau, qu'elle trouble plus ou moins, et ne disparaît que lorsqu'il est terminé.

Traitement.—Un des points importants du traitement est sans contredit la prophylaxie, et celle-ci n'a pas de meilleure application qu'une hygiène bien entendue. Il faut donc surveiller le lait de la mère ou de la nourrice et les autres aliments de l'enfant, éloigner tout ce qui pourrait émouvoir, étourdir ou favoriser de quelque manière que ce soit une congestion cérébrale, entretenir avec soin la liberté du ventre, des reins et de la peau; s'il survient des accidents dus à la marche de la maladie, ceux-ci ont habituellement une des formes suivantes. La première est marquée par une tendance à des congestions, à l'inflammation; l'autre a également une marche inflammatoire, mais plus faible, et marquée par des mouvements convulsifs. Dans le premier cas, il faut recourir aux antiphlogistiques, mais dans une juste mesure, pour ne pas trop affaiblir le malade. Dans le deuxième cas, il ne faut pas oublier qu'il y a rarement des convulsions sans une certaine tendance aux congestions cérébrales; il ne faut donc pas s'en fier aux antispasmodiques seulement. S'il arrive de plus grands accidents, on pourra recourir aux vésicatoires, aux cautères à l'émétique

Digitized by Google

à doses variées; enfin, dans quelques cas plus graves encore, aux moxas, aux affusions froides, etc.

ARCHIVES DE MÉDECINE. — Juillet 1840.

Abcès du cervelet. Circonstances remarquables.

Thomas Huggs, soixante-trois ans, de petite stature, éprouvait depuis six ans des céphalalgies très-violentes, puis des vertiges, et enfin des attaques épileptiques. Aucun symptôme n'indiquait un état pléthorique; le malade s'était toujours plaint de faiblesse; sa peau était exsangue et l'organisme dans un état d'émaciation. Le repos au lit diminuait les attaques. Quelquefois le malade éprouvait des frissons pendant les jours les plus chauds, et des tremblements comme dans les accès des fièvres intermittentes. Dans d'autres occasions, il avait des sueurs abondantes. La faiblesse ne diminuait pas par l'usage du fer et des plus puissants toniques, ni les frissons par l'usage des stimulants. Cet état a continué jusqu'à la mort, qui a eu lieu presque subitement.

A l'autopsie, on a trouvé une collection de pus dans le crâne, au-dessous de l'arachnoïde et de la pie-mère. Ces membranes, ainsi que la dure-mère, sont vascularisées, et enflammées. La suppuration n'intéresse pas le cerveau, mais seulement ses membranes; de sorte qu'on peut enlever le pus en arrachant ces membranes. Dans le cervelet cependant, le mal n'était pas seulement borné à la surface, il intéressait sa substance; deux abcès existaient dans cette partie, l'un considérable à droite, l'autre moins gros à gauche. Le pus s'est échappé des foyers au moment d'enlever l'encéphale de la boîte crânienne. Les ventricules sont gorgés de sérosité purulente; leurs parois sont ramollies, et cette altération s'étend dans la pulpe cérébrale.

« Cette maladie, dit l'auteur, est sans aucun doute le résultat d'une phlogose chronique. Le pus avait dû être formé probablement depuis plusieurs années, et sa quantité augmentée par degrés, donnait par-là lieu aux symptômes que le malade a présentés, particulièrement les frissons. Il est probable que les symptômes apoplectiques, vers la fin, ont eu leur source dans l'action mécanique du pus et de la collection séreuse. » (*The med. Tim.*, 27 juin.)

— Si l'anatomie pathologique n'avait déjà démontré que la véritable source des affections convulsives, et en particulier des accès épileptiques, était dans le cervelet et dans la moelle épinière, et que la nature de cette source était le plus souvent inflammatoire, on aurait de la peine à l'admettre *a priori* dans le cas ci-dessus. Rien, en effet, ne semblait autoriser, d'après l'ensemble de l'organisme, un semblable jugement, et pourtant voyez ce que l'autopsie a démontré, et combien il importe de remonter aux principes de physiologie pathologique si l'on veut ne pas s'en laisser imposer par certaines apparences. Comment, chez un sujet faible en apparence, nullement pléthorique, pâle, maigre, anémique, pouvait-on admettre une maladie inflammatoire sourde dans le cervelet?

Cette objection serait de quelque valeur avant le siècle des Morgagni, des Broussais, des Rasori, etc.; il en est autrement aujourd'hui. Malheureusement, cependant, il est encore de nos jours des préjugés déplorables qui entravent le progrès de la science; il est des hommes qui se refuseraient à admettre, par exemple, un état de subphlogose chronique chez des épileptiques dont l'arachnoïde encéphalique ou spinale ne présenterait pas des lésions aussi matérielles que dans le cas ci-dessus. On n'a pas réfléchi que la nature opère d'après certaines lois, tant en physiologie, qu'en pathologie et qu'un médecin qui chercherait ailleurs les bases de son jugement tomberait dans l'erreur au détriment de la science et de ses malades. C'est là qu'on tombe effectivement toutes les fois qu'on s'abandonne à la routine de la médecine dite symptomatique, qu'on néglige de s'élever, par le flambeau de la philosophie, des symptômes aux organes d'où ils émanent, et de chercher dans ceux-ci les véritables conditions matérielles le scalpel à la main, et avec le microscope et la logique. On prévoit déjà que nous voulons faire allusion aux pathologistes qui admettent les maladies nerveuses *sine materia*, c'est-à-dire sans lésion pathologique. Le cas ci-dessus aurait été sans doute de ce genre, si l'autopsie n'eût pas démontré la véritable source des phénomènes qui se sont succédés pendant cinq années consécutives. Voyez quelle gradation de phénomènes d'une même source, depuis la convulsion qu'on appelle *Danse de Saint-Guy*, jusqu'au tétanos foudroyant; depuis l'épilepsie légère jusqu'aux convulsions puerpérales intenses! sont-ce là des maladies *sine materia?* Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de ne pas reconnaître la nature du type d'où émanent ces phénomènes, et le véritable traitement que l'art doit leur opposer, l'antiphlogistique, malgré les apparences trompeuses de faiblesse. On conçoit maintenant pourquoi les remèdes excitants qu'on avait administrés au sujet ci-dessus ne pouvaient qu'exaspérer le fond de l'affection. Il est donc toujours vrai de dire que c'est sur la condition matérielle des organes, et non sur quelques symptômes mal étudiés, qu'on doit baser les indications curatives. S'il nous était à présent permis de faire une légère excursion dans le champ de la scrofule, des fièvres intermittentes, de la chlorose, de l'aménorrhée, du scorbut, et des remèdes qu'on leur op-

Digitized by Google

pose pour les guérir, nous aurions bien des *faiblesses*, des *essentialités* et des *humorismes* à relever ! L'occasion ne nous manquera pas.

Gazette des Hôpitaux.—Juin 1840.

Observation d'un grand nombre de tænias existant simultanément dans l'estomac, avec réflexions; par le docteur J. Mongeal.

Obs. — *Tænias ayant probablement leur siége dans l'estomac.—Symptôme nouveau.—Administration de l'écorce de racine de grenadier. —Expulsion de douze tænias, ayant ensemble une longueur de 48 mètres.*

Dans les premiers jours de janvier 1840, je fus consulté par Mme R.... demeurant à Paris, rue Feydeau, 7. Cette dame âgée de 32 ans, blonde, d'une constitution assez robuste, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, éprouvait cependant depuis sept à huit mois un malaise général, un sentiment de gêne et de pesanteur dans tout l'abdomen, mais principalement dans la région épigastrique. Plusieurs fois son ventre devint tout à coup volumineux.

Elle avait presque toujours un profond dégoût pour les aliments; quelquefois, au contraire, elle était tourmentée par une faim violente, revenant par accès irréguliers, par de fréquentes envies de vomir, mais sans vomissement. Langue large et blanche, bouche amère et pâteuse. Selon les expressions de la malade, il lui semblait souvent que quelque chose lui piquait ou lui déchirait l'estomac. Elle indiquait la région épigastrique comme le seul siége de ces sensations fort douloureuses. Lorsque la malade courait, elle sentait, dans la même région, descendre et remonter, un corps qu'elle comparait à une vessie pleine de liquide. — Diarrhée fréquente.

Deux fois pendant la nuit, elle fut agitée de mouvements convulsifs très-violents, avec perte complète de connaissance. Pendant ces accès qui durèrent plus d'une heure chaque fois, le mari de la malade avait beaucoup de peine à la contenir. En revenant à elle, elle se rendormait et n'avait le lendemain aucun souvenir de ce qui s'était passé.

A ces symptômes, je soupçonnai l'existence de vers intestinaux, et j'engageai Mme R.... à examiner les garderobes avec attention. Au bout de quelques jours elle m'apporta un fragment de tænia qu'elle venait de rendre. Je prescrivis pour le lendemain 60 gram. d'écorce de racine de grenadier, en décoction dans 1000 grammes d'eau réduits à 750 gram. par l'ébullition. Une heure après l'ingestion du premier verre, la malade rendit, tout à coup, et en une seule fois, une masse considérable de tænias pelotonnés. On me fit appeler aussitôt. A mon arrivée, je fus surpris par le volume du ver que je croyais solitaire, et c'est en le mesurant, que je pus constater par le nombre de têtes que je trouvai successivement, que douze tænias avaient été expulsés. Ils avaient ensemble une longueur de 48 mètres.

Depuis cette époque tous les symptômes qu'éprouvait Mme R.... ont complétement disparu. Le lendemain matin, son premier soin fut de s'assurer si le ballottement incommode, qu'elle éprouvait dans la région épigastrique lorsqu'elle courait, existait encore. A sa grande surprise, elle n'éprouva plus rien de semblable.

Cette observation nous semble curieuse sous tous les rapports, d'abord par la quantité de tænias expulsés en une seule fois. En effet, s'il est certain que plusieurs vers de cette espèce, peuvent habiter ensemble chez le même individu, il est extrêmement rare que ce soit en aussi grand nombre. Excepté l'observation rapportée par Dehaen (*Ratio med.* vol. XII, p. 218), où il est question de dix-huit tænias rendus, *en plusieurs jours*, par une femme âgée de 30 ans; nous n'avons trouvé dans les auteurs qui se sont occupés de ce sujet aucun cas pareil. Quant aux assertions de M. Fortassin (1), qui prétend que deux cents tænias peuvent exister ensemble dans les intestins, nous pensons, comme M. Mérat, qu'il a voulu parler de ce que l'on observe chez les animaux, où une grande quantité de tænias, d'une espèce différente de ceux de l'homme, ont quelquefois été trouvés. D'ailleurs, M. Fortassin n'apporte aucune observation à l'appui de ce qu'il avance. Selon M. Mérat, ses recherches n'ont pu lui fournir de cas analogues. On observe, dit cet auteur, *mais rarement*, deux, quatre, et même six vers de cette espèce, dans le même individu. (*Du Tænia*. Paris, 1822.)

J. G. Bremser, auquel personne ne refusera une grande autorité en helmintologie, dit en avoir vu deux ou trois dans le même individu (*Traité zoologique et philosophique sur les vers intestinaux*, p. 188), et pourtant il assure avoir traité plus de cinq cents personnes, d'âge et de sexe différents, atteintes de cette maladie (*Loc. cit.* p. 486).

Le tænia habite les intestins grêles, mais il peut arriver qu'il se déplace, et remonte jusque dans l'estomac, puisque des observations prouvent que des portions de ce ver ont été rendues par la bou-

(1) Considérations sur la structure des vers du corps humain.

Digitized by Google

che. Nous avons dit que Mme R.... percevait, en courant, une sensation de ballottement à la région épigastrique. Ce symptôme, que nous n'avons vu signalé par aucun des auteurs qui se sont occupés d'helmintologie, ne pourrait-il pas faire penser que, dans ce cas, les tænias avaient leur domicile dans l'estomac? Cette sensation était constante, et la malade la reproduisait à volonté. Jamais elle ne l'éprouvait dans un autre lieu, et quoiqu'elle fût pour elle extrêmement désagréable, elle la provoquait souvent, espérant être un jour surprise de sa disparition.

Enfin cette observation vient démontrer une fois de plus l'efficacité de l'écorce de racine de grenadier, précieux médicament, déjà connu des anciens, oublié pendant quatorze siècles, et dont la thérapeutique de notre époque s'est heureusement enrichie. Dans cette occasion, à défaut d'écorce fraîche, que l'on recommande d'employer, nous avons administré, aux mêmes doses, l'écorce sèche, et le succès n'en a pas été moins prompt.

ARCHIVES DE MÉDECINE.—Juillet 1840.

De la circonspection avec laquelle doivent être maniés certains agents thérapeutiques.

Quand on cherche à remonter aux causes qui, dans les diverses sciences que l'esprit humain embrasse, empêchent la vérité de sortir des longues et laborieuses élucubrations des hommes, on retrouve que la première comme la plus puissante de ces causes réside dans la difficulté même des études qui doivent conduire à cette vérité. Mais cette cause, quelque puissante qu'elle soit, ne suffit point à expliquer la marche si lente des sciences à travers le temps; à côté de cet obstacle en existe un autre également puissant, et qui est une pierre d'achoppement à tous : c'est l'antagonisme, l'état d'hostilité permanente que les mêmes passions créent partout et toujours entre les hommes. Toute puissance est forcée de se développer au sein de cette atmosphère, dans laquelle tous les travailleurs pressés sont à chaque instant menacés de manquer d'air, et toute science porte le poids et ces conditions fatales. La médecine, que le noble but qu'elle se propose semblerait devoir affranchir de cette triste nécessité, ne fait point exception. Loin de là, il faut bien l'avouer, entre tous les savants qui laissent la passion, l'égoïsme entacher leur amour de la science, les médecins sont ceux peut-être parmi lesquels on voit se développer l'opposition systématique la plus ardente; heureux encore quand cette hostilité ne descend point de la tête jusqu'au cœur, pour s'y nourrir de tout le fiel de la haine. On ne résout aucune difficulté en la tournant; la grue du désert n'échappe point à son ennemi en se cachant la tête, il ne faut point sentimentalement se borner à ne voir là qu'un mode particulier d'émulation, qu'une constance à garder son idée, qui en définitive favorise le développement de celle-ci par les travaux opiniâtres qu'elle impose. Couvrons, dans le monde, la vérité de ce voile officieux, si nous le voulons; mais ici, face à face et dans l'*a parte* des aruspices de Rome, convenons que cela s'appelle, par son nom propre, de l'orgueil, de l'égoïsme, de la passion, quelquefois même de la haine; or, rien de plus anti-scientifique que toutes ces choses. Ce sont ces passions que dans l'histoire on voit venir à la traverse des idées neuves, fécondes, qui éclosent de temps en temps sur le terrain ingrat de la science; ce sont ces passions qui, biffant tout le passé, prétendent à construire celle-ci avec les seules données de l'expérience contemporaine. Ce sont ces passions qui, sur une échelle moins large, et dans telle ou telle série d'expériences scientifiques, ne mettent en évidence que les résultats heureux, et, dissimulant les résultats contradictoires, font que les questions sont toujours posées et jamais résolues. Si c'était ici le lieu de faire de l'histoire par la biographie, on en verrait jaillir dans tout son jour la vérité que nous venons d'exprimer.

Nous ne suivrons cette idée que sur le terrain où nous place notre dernière observation : oui il est bien vrai qu'à son grand dommage la science est frustrée d'un grand nombre de résultats d'expérience, qui passent inaperçus, parce qu'ils ne concordent pas avec l'idée du moment. Il est bien vrai que ces résultats, ainsi dissimulés, préparent à la pratique des méprises quelquefois funestes; il est bien vrai que, si notre science fourmille de résultats contradictoires, de siècle en siècle plus nombreux, cela tient non pas seulement aux difficultés inhérentes à la solution de toute question scientifique complète, mais aussi, pour une bonne part, à ce que plusieurs expérimentateurs ne répètent point tout ce que leur a dit l'expérience : oui, tout cela est vrai, et nous le répétons, tout cela est un obstacle réel au véritable progrès de la véritable science. Les livres ne manquent point où sont célébrées à grand renfort d'affirmations candides comme la vérité même, la puissance, l'efficacité de telle ou telle série de moyens. Mais le livre qui manque, c'est celui où seraient exposés avec sincérité et bonne foi tous les cas néfastes où l'application de ces mêmes moyens aurait entraîné des accidents, des dangers, parfois une terminaison funeste (1). Sans aucun doute, ce n'est point avec

(1) Qu'on ne donne point à l'idée que nous venons d'exprimer, plus d'extension qu'elle n'en a dans notre pensée;

Digitized by Google

ces résultats négatifs qu'on peut édifier la science ; non, mais c'est avec les résultats négatifs, tout aussi bien qu'avec les résultats positifs, qu'on éclaire la pratique, parce que par là on la prémunit contre les écueils qu'elle peut rencontrer, et qu'elle rencontre si souvent sur son chemin. Le premier précepte d'une science comme la nôtre, dont les applications se font toutes à l'homme dont la vie est menacée, n'est-il pas celui-ci : Avant tout ne pas nuire, *primò non nocere*. Nous craignons bien que la nouvelle méthode que le scepticisme a dans ces derniers temps introduite dans la science, savoir, la statistique, ne nous engage encore plus avant dans la direction funeste que nous signalons. Toute question scientifique, d'après cette méthode, se résout par les chiffres; le chiffre est devenu le levier d'Archimède. S'agit-il, par exemple, de résoudre la question controversée des émissions sanguines ou des purgatifs coup sur coup dans la fièvre typhoïde : les chiffres seuls sont en état de conduire à cette solution. Mais prenez garde, si par hasard les résultats venaient aboutir à un *ex æquo* sans gloire, n'est-il pas à craindre que, pour échapper à un *statu quo* si désespérant, certains partisans de ces deux méthodes ne mollissent quelque peu à l'endroit du diagnostic, et ne convertissent ainsi artificiellement le zéro, qui ne prouve jamais rien, en chiffres significatifs, qui prouvent toujours quelque chose ! Si le chiffre n'existait pas, il faudrait l'inventer... Mais prenez garde !

Nous disions donc que les résultats négatifs et surtout les résultats funestes qui, dans quelques cas malheureux, suivent l'emploi normal des moyens thérapeutiques, doivent être mis religieusement sous les yeux des praticiens, pour les prémunir contre un danger toujours possible, dès qu'il s'est une fois réalisé. C'est dans cette pensée, dont la portée, nous sommes sûrs, a déjà été comprise, que nous allons exposer successivement ici un certain nombre d'observations, dans lesquelles nous verrons quelques-uns des moyens les plus fréquemment mis en usage dans la pratique entraîner les conséquences les plus graves, bien que méthodiquement employés, et par des hommes dont le nom fait à juste titre autorité dans la science. Nous invoquerons en même temps, lorsqu'il y aura lieu, les moyens propres à combattre les accidents, résultat de ces applications malheureuses. Parlons d'abord de la digitale.

C'est là un des moyens le plus souvent employés aujourd'hui ; signaler les accidents que peut entraîner son application est donc une chose utile. Le mode d'administration qui semble le plus propre à assurer à ce médicament toute son efficacité, c'est l'infusion des feuilles desséchées faite à chaud ou à froid; c'est aussi bien à cette préparation qu'aujourd'hui la plupart des praticiens donnent la préférence. Pour l'infusion à froid, la dose par laquelle on doit constamment débuter chez les adultes, c'est celle qui a été indiquée par M. le professeur Cruveilhier, 2 gram (ʒ ß) de feuilles pour 120 gram. (℥ jv) d'eau, et que les malades doivent prendre par cuillerée d'heure en heure. Les proportions qu'on emploie, en général, pour l'infusion à chaud, sont 4 gram. (ʒ j) de feuilles pour un litre d'eau, et qu'on peut ainsi administrer depuis 15 gram. (℥ ß) jusqu'à 30 gram. (℥ j). Nous dirons que ce sont là les doses normales auxquelles cette substance est généralement employée, et presque toujours sans autres inconvénients que ceux qui résultent de l'intolérance qu'elle rencontre chez certains individus, et dont on finit le plus souvent par triompher. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un médicament tel que la digitale, qui peut porter une atteinte funeste à la vie, cette intolérance, l'une des expressions de cette puissance de conservation dont est doué tout organisme vivant, mérite la plus sérieuse attention de la part du médecin, qui pense que la médecine n'est point une simple chirurgie interne. Sans doute la loi d'accoutumance, à laquelle est soumis aussi l'organisme, nous force à limiter les restrictions que la première loi tendrait d'emblée à faire établir ; il en est ainsi, par exemple, dans un grand nombre de cas de l'intolérance que manifestent tout d'abord certains individus, vis-à-vis des préparations de digitale. En effet, comme nous l'avons dit déjà, on triomphe le plus souvent de cette sorte d'antipathie par la persistance, par la cessation et la reprise alternatives du médicament, par la rétrogradation dans les doses ; mais, dans ces cas même, il ne faut point oublier ce cri de l'organisme, qui, en bonne philosophie médicale, signifie au moins autant que cette problématique injection sanguine qu'on vous montrera demain sur le cadavre, dans la muqueuse gastro-intestinale; il ne faut dans aucun cas, disons-nous, oublier ce cri de l'organisme ; là où il se manifeste, il faut suivre avec la plus sérieuse attention l'action du médicament, car il est peut-être le premier symptôme d'une intoxication, sous l'influence de laquelle la vie peut s'éteindre. Le fait suivant va nous montrer réalisé ce que nous venons de dire, moins le dernier résultat heureusement. Une femme âgée de trente-quatre ans, d'une constitution chétive, et ayant cessé

---

nous savons qu'il y a parmi les médecins des hommes d'une probité scientifique sévère, qui ne tiennent point ainsi, au détriment de la science, la vérité captive. Ces hommes-là disent leurs revers comme leurs succès, publient sans restriction toutes les réponses de l'expérience ; aussi bien font-ils autorité parmi nous, et leur autorité repose autant sur leur probité scientifique que sur leurs lumières mêmes. Cette réserve faite, nos paroles iront à l'adresse de ceux qu'elles regardent, puissent-elles ne pas frapper à la porte d'un trop grand nombre de gens !

Digitized by Google

d'être menstruée régulièrement depuis un an déjà, est atteinte d'une ascite prononcée, et d'un œdème considérable des membres inférieurs. Vainement plusieurs médecins, consultés successivement, avaient tour à tour interrogé les divers appareils pour y saisir quelque lésion organique qui pût les éclairer sur la cause de cette hydropisie, ces examens avaient été constamment sans résultat : cependant les urines, examinées immédiatement après leur expulsion, semblaient former une mousse plus considérable que dans l'état ordinaire ; soumises à l'action du calorique et d'un acide concentré, elles laissèrent précipiter de l'albumine. Alors les idées de Bright étaient encore dans toute leur nouveauté ; on crut d'abord à une maladie des reins, et la malade fut traitée dans ce sens. Plus tard, d'autres médecins qui avaient constaté l'albuminurie dans les cas de simple hydrothorax, dans l'ascite symptomatique d'une maladie du foie, voire même chez des individus jouissant d'une santé parfaite (1), ne crurent point devoir s'arrêter à ce diagnostic, et ne saisissant point, plus que les premiers, de lésion organique, conseillèrent la digitale à titre de diurétique : ce fut à l'infusion à froid qu'on donna la préférence, et dans les proportions que nous avons indiquées plus haut. Quatre onces de cette infusion furent consommées dans la première journée : il y eut des nausées fréquentes, plusieurs vomissements, mais cela n'arrêta point la malade, pleine de courage. Le lendemain, la même dose fut prescrite, mais les cuillerées devaient être plus rapprochées : à la troisième cuillerée, des nausées continues se déclarèrent, puis arrivèrent des vomissements abondants, et accompagnés de la plus vive anxiété. Ces accidents persistèrent jusqu'à la nuit ; les suivants vinrent successivement s'y joindre. Facies profondément altéré, intelligence nette, voix demi-éteinte, vue trouble, tous les objets paraissent à la malade voilés d'une teinte jaune ; faiblesse extrême, découragement profond ; douleurs très-vives au creux de l'estomac, et que des boissons glacées exagèrent encore ; coliques de temps en temps, deux selles liquides peu abondantes ; langue pâle, toutefois bouche sèche, soif vive ; pouls à 90 et 95, peau chaude, brûlante ; engourdissement avec sensation de fourmillement très-incommode du bras gauche. Pendant quinze heures suspension des urines ; plus tard celles-ci reparaissent, mais rares, et s'accompagnent à leur sortie d'une douleur extrêmement vive. Sous l'influence de deux applications de sangsues à l'épigastre, les douleurs paraissent se calmer un peu, mais ne cessent pas. Puis elles reviennent avec leur intensité première : la malade ne peut faire le plus léger mouvement dans son lit, sans qu'aussitôt des nausées ne se manifestent ; il en est de même lorsqu'elle ferme les yeux. La peau devient le siége d'une hypéresthésie générale, le pouls faiblit et demeure toujours fréquent. La malade est placée dans un bain tiède, puis remise au lit, des frictions, avec le laudanum, sont faites au creux de l'estomac : sous l'influence de ce dernier moyen surtout, les douleurs épigastriques cessent immédiatement et presque complétement. On insiste encore pendant quelque temps sur cet ordre de moyens, et le troisième jour, tous les symptômes de cette violente intoxication avaient disparu, laissant la malade dans son état primitif, moins une céphalalgie très-vive qu'elle avait avant l'emploi de la digitale, qui lui revenait fréquemment, et qui, pendant l'année qui suivit ces accidents, ne revint qu'à de très-longs intervalles.

On le voit, il était difficile de débuter avec plus de circonspection qu'on ne l'a fait ici dans l'emploi du médicament. Voyez cependant avec quelle rapidité se développent les symptômes d'un véritable empoisonnement ! Il est quelques hardis expérimentateurs qui, en pareille circonstance, ne se fussent point laissé arrêter par les premiers accidents, et qui eussent poursuivi la tolérance à travers tous les risques de la répugnance physiologique la plus fortement exprimée. Nous croyons que les observateurs ont raison d'agir ainsi dans quelques cas, et qu'ils parviennent même souvent à établir cette tolérance, si difficile d'abord ; mais nous croyons aussi que, dans les cas semblables à celui que nous venons de rapporter, cette conduite pourrait entraîner les conséquences les plus funestes. Il y a donc, dans les maladies auxquelles peut s'appliquer cette médication, deux écueils dangereux à éviter : l'un, c'est de ne savoir s'arrêter à temps, en essayant d'obtenir la tolérance, et, en cherchant celle-ci, de jeter les malades dans un état grave, dont nul ne peut prévoir le résultat ; l'autre, de se priver, dans beaucoup de cas, des ressources utiles d'une médication puissante, dans la crainte des dangers que cette médication peut entraîner. Il n'est point facile de passer ici, sans se heurter à l'un ou l'autre de ces écueils : le seul moyen c'est, lorsqu'on a affaire à des individus faibles, d'une constitution nerveuse, répondant avec une grande énergie à l'action des stimulants extra ou intra-organiques, de tâter la susceptibilité par des doses moins élevées encore que celles que nous avons indiquées précédemment. On suppose qu'en fractionnant trop les médicaments, l'économie s'habitue peu à peu à leur influence, et qu'ainsi l'action thé-

(1) Dernièrement encore, M. Becquerel, interne de M. le professeur Andral, à la Charité, a constaté la présence de l'albumine dans les urines d'un infirmier ; cet homme est jeune, d'une bonne constitution, et jouit de la plénitude de la santé.

rapeutique ne se développe point avec une énergie suffisante. Nous croyons cette observation juste vis-à-vis d'un certain nombre d'affections morbides et d'individus doués d'une forte constitution, mais nous pensons que cette loi de l'assuétude thérapeutique, si nous pouvons ainsi dire, est profondément modifiée par certaines constitutions, certains états pathologiques, et surtout en face de certains agents perturbateurs. Une constitution éminemment nerveuse, irritable, crée, chez certains individus adultes, des conditions en tout semblables à celles dans lesquelles se trouve naturellement placée l'enfance, et ces conditions tout accidentelles imposent la nécessité d'une égale circonspection dans l'administration des moyens thérapeutiques. Le fait que nous venons de citer n'est point le seul dans lequel se soient développés, sous l'influence de la digitale, des phénomènes de narcotisme: MM. Vassal et Cazenave entre autres en ont cité d'analogues. On se borne ordinairement, pour combattre ces accidents, aux moyens vulgairement employés contre le narcotisme, et l'infusion de café tient ici le premier rang. Dans le cas précédent on n'eut point recours au café; nous croyons qu'en cela on a bien agi, car rien n'en établissait l'indication. Les bains et les opiacés, topiquement employés, ont eu la plus grande part à la disparition de l'hypéresthésie générale si prononcée que nous avons signalée.

Un autre moyen, dont beaucoup de praticiens font un fréquent usage, depuis qu'un médecin anglais, le docteur Kolley, a cité de nombreuses observations qui tendent à démontrer son efficacité, c'est le colchique. Ce moyen a été employé sous toutes les formes que l'art pharmaceutique peut lui faire revêtir: ainsi le vin, la teinture du bulbe, ou des semences, l'extrait, la vératrine, qui existe à la fois dans la cévadille, l'ellébore, ou le bulbe du colchique, ont été tour à tour mis en usage. Les maladies dans lesquelles on a le plus spécialement recours à ses diverses préparations, sont la goutte et le rhumatisme articulaire aigu ou chronique. Dans la première ferveur qu'excita la réhabilitation de ce médicament dans la matière médicale, on s'occupa tout autant, comme il arrive toujours, à rechercher l'explication de son mode d'action sur l'économie, qu'à constater, par l'observation, son action thérapeutique. Aussi les explications n'ont-elles point manqué: pour les uns le colchique doit être placé à côté des moyens qui constituent la médication altérante, les autres n'ont vu en lui qu'un diurétique, ou un sudorifique: l'école italienne l'a revendiqué à titre de contre-stimulant, et l'applique, d'après cette idée, aux maladies caractérisées par la diathèse phlogistique. Aujourd'hui la plupart des praticiens voient tout d'abord dans cet agent une propriété purgative non équivoque, et c'est de cette propriété qu'ils font dépendre son action thérapeutique principale et son efficacité bien démontrée dans un certain nombre de cas. Nous sommes loin de vouloir contester cette efficacité, nous voulons seulement établir par les faits que ce moyen, comme tant d'autres, demande à être manié avec la plus grande circonspection, sous peine de lui voir produire les accidents les plus graves. Nous estimons que notre remarque, à cet égard, se trouve d'autant mieux placée, que c'est surtout de la propriété purgative du colchique, comme nous venons de le dire, qu'on fait dépendre son action thérapeutique dans les maladies; ne résulte-t-il point de là effectivement qu'on est porté naturellement à en élever la dose jusqu'à ce que le résultat, condition de son efficacité, ait été obtenu? Or il y a danger réel, dans quelques cas, à poursuivre ainsi ce résultat par l'élévation progressive des doses, comme *le fait suivant* va le montrer. Un homme, âgé de soixante et quelques années est atteint depuis deux ans de douleurs rhumatismales, qui n'ont épargné presque aucune articulation. Les petites articulations des doigts surtout paraissent le siége d'altérations profondes, ceux-ci sont fortement déformés aux points articulaires: d'un autre côté elles sont peu douloureuses. Il n'en est pas de même des poignets, des genoux, de l'articulation scapulo-humérale, dans lesquels le mouvement développe des douleurs assez vives: le malade fait remonter à un mois cette exacerbation de son mal habituel. Rien du côté du tube digestif, qu'une sorte d'empâtement de la bouche, et peu d'appétit. Du reste point de fièvre; le cœur, observé avec la plus grande attention, ne présente aucun phénomène insolite. Ce malade est soumis à la teinture de bulbe de colchique. On commence par 4 gram. (ʒj), en quelques jours on arrive à 12 gram. (ʒiij); à cette dose, déjà élevée, le malade n'éprouve que quelques nausées fugitives et trois selles avec coliques peu vives. Profitant de cette tolérance, on continue à élever les doses; mais dès qu'on atteint celle de 16 gram. (ʒjv) des vomissements abondants, composés de matières légèrement brunâtres, ont lieu: en même temps selles nombreuses, avec coliques peu vives: rien jusqu'ici n'apparaît du côté du système nerveux: d'un autre côté le malade sent ses articulations plus libres; à l'inspection nous les trouvons aussi plus libres dans les mouvements spontanés, et aussi moins tuméfiées. Cet état d'amélioration se remarque même dans les petites jointures des doigts, que nous avons dit plus haut être fortement déformées. Cependant la vive excitation manifestée du côté du tube digestif force le médecin à rétrograder dans les doses: on les réduit successivement à trois gros, puis deux gros. Malgré cette précaution, les vomissements continuent encore, quoique plus rares; le nombre des selles

Digitized by Google

s'élève à quinze ou vingt par jour; puis un matin nous trouvons X... dans l'état suivant: faciès profondément altéré, yeux abattus, sans vie, et profondément excavés, voix éteinte et rappelant celle des cholériques: douleurs dans les cuisses, point de crampes, pouls fréquent, peau peu chaude, urines presque nulles, coliques vives hier soir, moindres ce matin; insomnie, délire non bruyant. — Le lendemain ces divers symptômes persistent, et le troisième jour après l'apparition de ces graves accidents, le malade succombe. Nous allons indiquer succinctement les résultats les plus intéressants qu'a fournis l'autopsie: la muqueuse qui tapisse le grand cul de sac de l'estomac est épaissie, en même temps très-friable, le grattage l'enlève comme une pulpe. Le reste du ventricule présente une teinte ardoisée générale avec pointillé rouge, fin, sans changement de consistance, une ligne comme mathématique sépare ces deux ordres d'altérations. Dans toute l'étendue de l'intestin grêle, un grand nombre de plaques légèrement saillantes, et injectées pour la plupart: entre ces plaques la muqueuse est pâle, à l'exception des deux derniers pieds de l'intestin, où cette membrane elle-même présente une rougeur vive: çà et là quelques ecchymoses sous-muqueuses ayant la dimension d'un pois. Quelques articulations des doigts ne présentent autre chose qu'une infiltration légère avec un peu d'injection autour et en dehors d'elles. Dans l'une de ces jointures le cartilage est un peu rouge; dans une autre la cavité synoviale est remplie par un liquide jaunâtre, glutineux, qui, par sa couleur et sa consistance tout à la fois, rappelle le méliceris. Dans l'articulation du poignet gauche, même liquide glutineux; de plus, usure notable du cartilage; dans l'articulation tibio-fémorale, synovie un peu épaissie, en même temps usure comme ailleurs d'une portion du cartilage.

Bien des remarques pourront être faites sur cette intéressante observation; bornons-nous à celles qui se rattachent immédiatement à l'idée pratique sur laquelle roule principalement le travail. Certes, s'il est un cas propre à faire sentir combien il est facile d'outrepasser le but en thérapeutique, c'est celui que nous venons de rapporter. Suivons un instant la marche des accidents: lorsque la dose de trois gros fut atteinte, l'état du malade ne différait en rien de ce qu'on observe le plus ordinairement en pareille circonstance; les seuls symptômes constatés alors sont quelques coliques accompagnant trois selles liquides. Du côté du système nerveux, rien n'apparaît qui indique même la plus légère influence exercée sur lui par le médicament mis en usage. Vis-à-vis d'une tolérance si marquée, il était certes bien permis d'augmenter la dose du colchique, comme on l'a fait; voyez cependant ce qui est advenu. Les symptômes les plus graves se sont immédiatement développés (ils rappellent parfaitement une véritable intoxication cholérique), et en quelques jours la vie s'éteint sous le coup de cette agression funeste.

Dans le même temps où nous observions le malade dont nous venons de parler, nous suivions aussi l'observation d'une jeune femme placée dans le même service, atteinte également d'un rhumatisme sub-aigu et soumise au même mode de traitement. Chez cette femme, on s'élève successivement jusqu'à 12 gram. (ʒijj); à cette dose, le colchique détermine onze selles assez abondantes; mais ici heureusement le système nerveux montra, par des phénomènes tranchés, l'influence qu'il exerçait de la part du modificateur employé. Ainsi la malade accuse une céphalalgie assez vive; elle éprouve de forts étourdissements; lorsqu'elle ferme les yeux, il lui semble qu'on l'entraîne dans son lit; insomnie; réveil en sursaut, et immédiatement sorte d'étonnement durant lequel il lui semble qu'elle est entraînée. Du reste nous dirons que, dans ce cas, le colchique paraît avoir exercé une influence heureuse sur la marche et la durée de la maladie, car, en quelques jours, cette femme fut notablement soulagée, et bientôt elle put quitter l'hôpital dans un état parfait de santé. Si l'on voulait essayer de remonter aux causes qui ont fait que la même substance s'est comportée d'une manière si différente dans les deux cas que nous venons de mettre en parallèle, il serait facile de résoudre la question par un mot, comme on le fait si souvent en médecine: il nous suffirait de faire intervenir l'idiosyncrasie; mais nous pouvons ici atteindre à quelque chose de plus palpable et de plus réel. Nous croyons que l'âge différent des malades peut, en grande partie au moins, expliquer la différence des résultats: en même temps que les vieillards offrent aux causes de maladie une force de résistance vitale moindre que celle que présentent les adultes dans les mêmes circonstances, ils répondent moins fortement et moins vite à l'action des agents perturbateurs. Nous croyons que les choses se sont ainsi passées dans les cas que nous avons rapportés: chez la jeune femme, il y a eu réaction rapide contre l'agent perturbateur introduit dans l'économie, par conséquent indication claire et évidente de suspendre l'emploi du moyen dès qu'il devenait nuisible; chez le vieillard, au contraire, cette contre-indication ne s'est montrée que quand déjà il n'y avait plus assez de force de réaction dans l'organisme vivant pour éliminer l'agent morbifique, ou s'affranchir d'une manière ou d'une autre de son influence funeste. On tire de là une conséquence pratique importante, et qu'on ne doit jamais perdre de vue: c'est qu'il faut apporter la plus grande circonspection dans l'emploi de certains agents thérapeutiques chez les vieillards, et surtout surveiller leur mode d'action avec l'attention la plus

Digitized by Google

sérieuse, parce que les contre-indications s'expriment en général d'une manière peu tranchée à cette période de la vie, et que, quand celles-ci apparaissent nettes et prononcées sous la forme d'une réaction puissante, souvent, alors il est trop tard pour y porter remède.

Nous terminerons ici les réflexions que nous voulions présenter sur un point de thérapeutique important : nous eussions pu les allonger beaucoup plus ; nous avons préféré mettre sous les yeux du lecteur quelques observations qui parlent un langage qui est entendu de tous ; les faits ne sont point tous dans la science, mais ils sont un de ses éléments les plus importants. Quand il s'agit surtout, comme ici, de choses qui vont droit à la pratique, il faut charger les faits d'une partie de la besogne.

Bull. de thérapeutique. — Juillet 1840.

De l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le traitement des hydropisies articulaires.

Nous avons, il y a deux ans environ, fait connaître la nouvelle application faite par M. Gimelle, chirurgien de l'hôtel des Invalides, du tartre stibié à haute dose, au traitement de l'hydarthrose. Les faits que nous avions recueillis à cette époque ne nous laissaient aucun doute sur l'utilité de cette méthode. Nous avions vu, en effet, une foule d'hydarthroses, accompagnées des symptômes les plus violents, guérir après quelques jours de l'administration du tartre stibié, après avoir résisté opiniâtrément aux traitements les plus variés. Nous avons, en conséquence, appelé sur ce sujet l'attention de nos confrères, tout en exprimant le vœu que M. Gimelle publiât lui-même les résultats de sa pratique et donnât ainsi plus de sanction aux préceptes que nous déduisions de ses faits. Ce chirurgien a rempli notre attente, en lisant, il y a quelques jours, un mémoire sur ce point à l'Académie de médecine. Il résulte de ce travail que, dans vingt-sept cas d'hydropisie articulaire, il a retiré les avantages les plus marqués de cette médication. Le traitement, du reste, est d'autant plus efficace que l'articulation malade est moins enflammée. S'il existe de la réaction, il faut pratiquer une ou plusieurs saignées, et ce n'est que lorsque les symptômes inflammatoires se sont amendés, qu'il faut faire usage du tartre stibié, dont la dose a varié entre ses mains, en suivant une progressiou ascendante, de 20 centigrammes (4 grains) à 1 gramme (20 grains), et jamais au delà. Voyons les points les plus importants du travail de M. Gimelle, en analysant un article publié dans la Gazette des hôpitaux.

L'hydarthrose commence toujours par des symptômes inflammatoires, quelle que soit la cause qui lui donne naissance. Qu'elle survienne à la suite de contusions, de distensions, de chute, de refroidissements, de rétropulsion d'une sécrétion, de suppression d'un exutoire, etc. Constamment l'articulation affectée est le siége de douleurs, de chaleur, d'engorgement peu appréciable quelquefois à la main de l'explorateur, mais qui même lorsque la main ne peut l'apprécier, font éprouver au malade, pendant le repos, une vive douleur, lorsqu'il veut exécuter le moindre mouvement.

Cette affection présente des symptômes différents selon l'articulation dans laquelle elle a son siége. Au genou, où elle survient le plus fréquemment, elle commence par deux tumeurs d'inégale grosseur, une de chaque côté de la rotule ; ce dernier os est soulevé par le liquide qui l'éloigne des condyles du fémur, dans lesquels la pression le fait rentrer en déterminant un petit bruit, et en augmentant le volume des tumeurs latérales ; mais, dès que la pression vient à cesser, la rotule est de nouveau poussée en avant par le liquide qui se replace derrière elle. Par la flexion du genou, les deux tumeurs deviennent plus saillantes, plus dures et plus larges ; l'extension du membre produit sur elles un effet opposé. Elles sont molles, fluctuantes, sans changement de couleur à la peau ; bornées dans le principe aux parties latérales de l'articulation, elles s'étendent quelquefois à plusieurs pouces au-dessus de la rotule, en soulevant et poussant en avant le tendon du muscle droit antérieur de la cuisse. Souvent la douleur et la fièvre sont peu considérables ; quelquefois l'une et l'autre sont très-intenses.

Au coude, l'hydarthrose se montre par deux tumeurs ayant le caractère indiqué ci-dessus, et situées sur les côtes de l'olécrane. A l'épaule, la fluctuation se fait sentir à la partie antérieure et supérieure du bras ; au poignet, c'est aux parties antérieure et postérieure de l'articulation qu'elle se manifeste. Au pied, elle apparaît sous la forme de deux tumeurs situées le plus souvent en avant des maléoles, quelquefois à leur partie postérieure.

Souvent l'hydarthrose se forme rapidement. Quelques jours suffisent pour la porter à un haut degré. C'est sous cette forme que M. Gimelle l'a observée dix-huit fois depuis le mois d'avril 1832 : onze fois sur des militaires âgés de vingt à trente ans, chez lesquels elle s'était développée à la suite de fatigue de nuit pendant un temps froid et humide auquel ils s'étaient exposés presque subitement et sans précaution au sortir d'un corps de garde dans lequel la chaleur était portée à un degré très-élevé ; six fois sur des invalides âgés de quarante à soixante-quinze

ans, qui n'en ressentaient aucune atteinte deux ou trois jours auparavant; deux d'entre eux en furent atteints dans les salles de l'infirmerie; une fois sur une femme de trente-deux ans qui, ayant été atteinte de la rougeole, s'exposa trop tôt à l'action de l'air froid.

Sept fois ce même praticien l'a vue survenir lentement, à la suite de douleurs dans les articulations qui en étaient le siége. Une certaine pesanteur dans la partie malade, la gêne dans les mouvements, un peu de gonflement, avaient précédé depuis un temps plus ou moins long (de six semaines à quatre mois) la formation de la tumeur synoviale. Ces cas se sont présentés trois fois chez des femmes : une âgée de trente-trois ans, de quarante-cinq à cinquante ans. Une fois chez un jeune garçon de seize ans, une fois chez un jardinier de trente-deux ans, une fois sur un cocher de vingt-huit ans, enfin chez un ouvrier serrurier âgé de trente-cinq ans.

Lorsqu'une articulation est le siége d'un épanchement synovial, il faut chercher à en obtenir promptement la résolution. On concevra facilement que la présence d'une grande quantité de liquide dans la poche synoviale doit modifier les propriétés de cette membrane, la rendre impropre à remplir ses fonctions, et qu'à la longue elle pourrait y déterminer des altérations graves. Il est donc urgent de provoquer la résolution le plus promptement possible, avant que le liquide épanché ait eu le temps de s'altérer, et tandis que la membrane n'est encore le siége que d'une irritation sécrétoire, sans altération de texture.

Vingt-huit cas d'hydarthrose dans lesquels l'émétique, administré à doses croissantes, en commençant par 4 grains, pour arriver à 16, 18 ou 20 grains dans les vingt-quatre heures, en augmentant de deux grains chaque jour, a constamment déterminé la résorption du liquide, dans un espace de huit à seize jours, portent M. Gimelle à regarder ce moyen comme le plus efficace de ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour pour constater cette maladie.

Des vingt-huit épanchements de synovie dans les articulations, vingt-deux avaient leur siége dans les articulations fémoro-tibiales; trois étaient doubles; deux étaient survenus dans l'articulation scapulo-humérale; un avait son siége au coude, et un dans l'articulation tibio-tarsienne.

Tous ces malades ont pris l'émétique dans une potion composée de 120 grammes (℥iv) d'infusion de tilleul et de 30 grammes (℥j) de sirop diacode; dix-huit fois la tolérance a été établie dès le premier jour; deux fois chez une femme et chez un enfant de seize ans elle n'a été établie que le second jour, et deux fois chez des femmes elle n'a eu lieu que le troisième jour. Une fois la tolérance établie, il n'est survenu aucun accident chez aucun de ces malades. On n'a jamais dépassé la dose de 20 grains de tartre stibié; et dans tous les cas l'épanchement a été résorbé dans l'espace de huit, dix, seize jours, terme le plus long pendant lequel ce remède a été administré.

Vingt-cinq fois la douleur et la gêne que les malades éprouvaient dans les articulations affectées d'hydarthrose diminuaient en même temps et à mesure que l'épanchement était résorbé, de manière qu'après la disparition du liquide le malade pouvait marcher avec la même facilité qu'avant d'être atteint de la maladie. Dans deux cas, cependant, il n'en a pas été ainsi. Le liquide a bien disparu dans le temps ordinaire en quinze et seize jours, mais il est resté de la douleur dans l'articulation qui a persisté pendant un mois une fois, et près de quarante jours l'autre.

Quoique dans ces deux cas la douleur ait persévéré longtemps dans l'articulation malade, M. Gimelle a pu se convaincre que l'émétique a été très-utile en déterminant la résorption du liquide épanché dont le séjour aurait détérioré les surfaces articulaires et la membrane synoviale, et donné lieu par suite à des accidents beaucoup plus graves, qui ne surviennent que trop souvent dans les affections des articulations.

Une fois, sur une fille de vingt et un ans, portant une maladie du genou droit depuis trois ans, pour laquelle elle avait été traitée sans succès par plusieurs chirurgiens de la capitale, l'émétique prescrit de la manière indiquée fut sans résultat, quoiqu'il existât une grande quantité de liquide dans l'articulation; la tolérance s'établit parfaitement. La dose fut portée successivement à 12 grains; mais arrivé à cette quantité, et la malade n'éprouvant aucune amélioration, on ne jugea pas à propos d'aller au delà, n'ayant pas l'espoir de diminuer des accidents qui existaient depuis si longtemps, et dont les conséquences graves avaient été annoncées par plusieurs confrères. Cette jeune personne est morte depuis d'une phthisie pulmonaire dans le mois de décembre 1839.

Aux faits énoncés ci-dessus, il est bon d'en ajouter deux qui viennent de se passer récemment. Le 27 juin est entré à l'infirmerie, dans la salle de M. Pasquier, chirurgien en chef des Invalides, un invalide âgé de soixante-treize ans, atteint d'une hydarthrose très-volumineuse du genou gauche, qui s'étendait dans le creux du jarret, où elle formait une tumeur du volume du poing, laquelle disparaissait par une forte pression et augmentait celles qui se voyaient sur les côtés et au-dessus de la rotule. M. Pasquier prescrivit l'émétique d'après la formule de M. Gimelle. La dose fut successivement portée à 16 grains; le malade n'en éprouva aucune incommodité; il continua à manger le quart d'aliments et à boire la

Digitized by Google

portion de vin, et dès le seizième jour de séjour à l'infirmerie, tous les signes d'épanchement dans l'articulation avaient disparu : deux jours après ce malade sortit entièrement guéri.

Le 10 septembre, M. Gimelle fut appelé auprès de M. J., étudiant, frère d'un élève en médecine, âgé de vingt et un ans, né à Haïti, atteint d'une hydarthrose du genou droit, dont il avait été traité sans succès pendant un mois et demi par les sangsues, les vésicatoires, la compression, les frictions et les embrocations résolutives. Il lui prescrivit le tartre stibié d'après sa formule. Le malade n'a éprouvé aucun accident; il a continué à boire et à manger; il n'a pas dépassé la dose de 12 grains, et après quatorze jours de ce traitement il n'existe plus de trace d'épanchement synovial. Ce malade n'éprouve plus que de la faiblesse dans le membre.

Enfin, l'histoire de la dernière malade que M. Gimelle a eu occasion de soumettre à sa méthode de traitement est trop intéressante pour que nous la passions sous silence.

Madame de T..., âgée de vingt-trois ans, demeurant rue Saint-Florentin, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une bonne constitution, habituellement bien portante, bien réglée et n'ayant jamais eu de douleurs rhumatismales, dans un voyage de Tours à Paris, eut froid pendant la nuit. En arrivant dans la capitale, elle ressentait déjà des douleurs dans l'articulation fémoro-tibiale droite.

M. Gimelle fut mandé aussitôt et prescrivit sans délai une potion gommeuse avec 4 grains d'émétique et 1 once de sirop diacode, ayant constaté l'existence d'une hydarthrose commençante. Il y eut cinq ou six vomissements et autant de déjections alvines; mais les douleurs s'apaisèrent dans la nuit, et la malade put remuer son membre.

Le deuxième jour, apparition des règles; suspension de l'émétique pendant cinq jours, et dès lors réapparition de la douleur et augmentation de l'épanchement; le genou est très-rouge et la peau en est très-chaude.

Au bout de ce temps, reprise de l'émétique, qui est continué ainsi qu'il suit :

Premier et deuxième jour, 4 grains : trois ou quatre vomissements et autant de selles. Au second jour, la tolérance s'établit, la douleur disparaît; diminution de la tension de la synoviale; la malade peut imprimer de légers mouvements au genou sans déterminer trop de douleur.

Troisième jour, 6 grains; quatrième jour, 8 grains; cinquième jour, 10 grains; sixième jour, 12 grains; septième jour, 14 grains : la tolérance continue; amélioration progressive.

Huitième, neuvième et dixième jour, 16 grains d'émétique.

Le progrès en mieux ne se démentit pas, et au dixième jour l'épanchement synovial a complétement disparu.

Dans aucun de ces cas, M. Gimelle n'a fait précéder l'emploi de l'émétique par les saignées générales ou locales, et constamment le résultat a été favorable. Cependant ce chirurgien pense que, si la fièvre était intense, si l'articulation malade présentait une grande rougeur, beaucoup de chaleur, si les organes digestifs étaient le siége d'une grande irritation, il serait convenable de combattre ces symptômes avant d'administrer le tartre stibié. Par ce traitement préliminaire, on diminuerait les chances d'irritation de l'estomac, et l'on faciliterait peut-être la tolérance, et par suite l'action du médicament.

Les effets les plus constants de l'administration de l'émétique à haute dose, dans les cas qui précèdent, ont été les suivants : diminution de la force et de la fréquence du pouls, affaiblissement de la voix, la fatigue et la coloration des paupières, connues sous le nom d'*yeux cernés*, des transpirations abondantes surtout pendant la nuit. Ces symptômes ont été constants chez tous les malades traités par cette méthode, cinq ont éprouvé des vomissements : deux pendant un jour, un pendant deux jours, deux pendant trois jours. Huit ont eu des déjections alvines très-abondantes qui ont duré de un à trois jours. Chez trois les vomissements et les déjections ont eu lieu en même temps. Enfin, seize n'ont éprouvé ni vomissement ni purgations. Chez le plus grand nombre l'appétit fut conservé sans modification; il se rétablissait chez ceux qui avaient éprouvé des perturbations dès que la tolérance était établie. La quantité des urines subissait une diminution, ce que M. Gimelle attribue aux transpirations abondantes éprouvées par les malades *en traitement*. Toutes les autres fonctions s'exécutaient comme dans l'état de santé. On a constamment laissé aux malades la quantité d'aliments qu'ils avaient avant d'être soumis au traitement. Chez le plus grand nombre on a été obligé d'en augmenter la quantité au bout de peu de jours. Enfin, M. Gimelle a revu tous ses malades plusieurs mois après le traitement; plusieurs sont sous ses yeux depuis quelques années, chez aucun d'eux il n'est survenu d'accidents.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.—Juillet 1840.

Effets remarquables du galvanisme dans l'asphyxie par submersion.

Le 18 juin dernier, le docteur Joseph Fergusson, chirurgien à Mullingar, fut appelé en toute hâte près d'un homme qu'on venait de retirer de l'eau : on le croyait mort, car il était froid, livide et sans mou-

Digitized by Google

vement. Cet homme était resté dans l'eau pendant au moins six à sept minutes; l'abdomen était largement distendu, une pompe stomacale fut donc immédiatement introduite et donna issue à plus d'un gallon d'eau fortement imprégnée de liqueurs alcooliques; les moyens qu'on emploie ordinairement pour rappeler les asphyxiés à la vie ayant échoués, le docteur Fergusson se décida pour le moyen suivant :

Il pratiqua une incision au-dessous de la septième côte jusqu'au diaphragme, mit ce muscle à nu, et appliqua sur lui les conducteurs d'une pile composée de 50 paires; l'effet fut instantané et surprit tous les spectateurs. Les muscles de la poitrine et de l'abdomen se contractèrent spasmodiquement: mais au bout de quelques instants, ces mouvements convulsifs firent place à des mouvements réguliers; enfin, la respiration et la circulation se rétablirent, et le sang, pour la première fois, sortit par la plaie qui avait été faite: le malade fut bientôt pris de quelques symptômes inflammatoires qui s'amendèrent sous l'influence du traitement antiphlogistique. Cette observation, dit M. Fergusson, montre l'utilité du galvanisme employé contre l'asphyxie par submersion, et prouve qu'il n'est pas nécessaire d'agir directement sur le nerf phrénique ou sur la huitième paire. En incisant les parties molles, on doit prendre les plus grandes précautions pour ne pas blesser le diaphragme.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Juillet 1840.

Plusieurs cas remarquables de placentite; par M. GHERSI.

Premier fait. — (Gangrène du placenta.) Francesca Marocea, vingt-six ans, grêle, tempérament sanguin, était habituellement sujette à des irritations gastro-entériques qui occasionnaient parfois des dérangements dans les fonctions de l'utérus. A l'âge de vingt-quatre ans elle se marie; deux mois après elle éprouve une métrorrhagie qui dure deux jours, avec douleur aux reins, et qui est suivie de l'expulsion d'un fœtus de quarante jours. L'année suivante elle redevient enceinte et continue à se bien porter jusqu'au quatrième mois, lorsqu'elle est prise (25 février 1839) de douleurs aux lombes et à la région sus-pubienne, et bientôt après de métrorrhagie. Six jours se passent dans cet état, et l'on ne fait pour tout remède que d'appliquer un emplâtre aux lombes, d'après le conseil d'une sage-femme. Les symptômes augmentant, on appelle le docteur Manca, qui trouve l'état suivant :

Céphalalgie gravative, langue un peu sèche, soif, lassitude générale; pouls plein et vibrant, douleur gravative à la région pubienne; métrorrhagie d'intensité variable dans les différentes heures de la journée. On prescrit saignée du bras, diète sévère, boissons acidulées, repos absolu. La métrorrhagie et les autres symptômes se sont dissipés dans l'espace de quatre jours.

Dix jours plus tard (17 mars), les douleurs lombaires et pubiennes reparaissent et se continuent pendant dix jours, puis elles augmentent et déterminent de nouvelles hémorrhagies. C'est alors que M. Ghersi a été appelé. Il pratique une petite saignée du bras, mais la métrorrhagie augmente considérablement; le sang se précipite par torrent de la matrice à mesure qu'on laisse couler le liquide de la veine du bras. On ferme celle-ci, et l'hémorrhagie utérine diminue, mais elle reparaît par intervalle jusqu'au soir, 28 mars.

Alors les douleurs lombaires et pubiennes deviennent de plus en plus fortes, et la métrorrhagie plus abondante encore. On applique sur la région hypogastrique des compresses trempées dans de l'eau froide vinaigrée, mais l'hémorrhagie paraît augmenter sous leur influence, ce qui étonne beaucoup le médecin. On substitue les boissons chaudes aux boissons froides. Les mouvements du fœtus sont sensibles à la mère et à la main des assistants; l'auscultation fait d'ailleurs sentir les battements du cœur. On présume que l'hémorrhagie a sa source dans une maladie du placenta. On prescrit pendant plusieurs jours, mais sans avantage, des pilules d'alun, opium et cathechu.

Le 31, l'hémorrhagie devient plus abondante; vertiges, tintements dans les oreilles, vue trouble, pouls petit et fréquent, respiration anxieuse. Ces phénomènes sont attribués à la vapeur de charbon émanant d'un fourneau allumé dans la chambre de la malade. On remédie à cet état; l'hémorrhagie continue; l'avortement paraît imminent. Application d'un sinapisme entre les épaules : l'écoulement sanguin s'arrête pendant dix-huit heures.

L'examen du linge qui avait reçu le sang fait reconnaître au milieu des caillots, plusieurs fragments de placenta gangrenés, au nombre de quatre ou cinq. La métrorrhagie reparaît et continue.

Le 8 avril au soir, les douleurs hypogastriques et lombaires recommencent, les mouvements du fœtus deviennent très-fréquents; écoulement des eaux de l'aminos. On prescrit de l'eau de cannelle; les douleurs s'apaisent : vésicatoire à l'hypogastre; syncopes. On tamponne le vagin. L'hémorrhagie offre des alternatives; la malade est très-faible.

Le 22, l'avortement s'accomplit sans beaucoup de douleurs; le fœtus est mort-né, très-pâle, très-grêle. Le placenta ne sortant pas, on fait des tractions ménagées sur le cordon, mais inutilement; on

Digitized by Google

tire davantage et il se casse. La mère est très-faible. On abandonne le tout à la nature jusqu'à la soirée du 24. Alors on veut essayer l'extraction du placenta, mais la malade éprouve une telle agitation qu'il n'est pas possible d'en venir à bout. Dans ces entrefaites, l'utérus s'est contracté et a expulsé le placenta, conjointement avec des fragments gangrenés de ce même corps et des caillots sanguins.

Le placenta, examiné attentivement en présence du docteur Cannas, a paru sain dans une moitié; dans l'autre il était tout à fait détruit dans une partie de sa substance, et cette partie était précisément celle qui avait été expulsée par fragments; le reste était d'une couleur cendrée obscure, sans apparence de cotilédons, très-fétide, à l'état pultacé et tombant en lambeaux à la plus légère traction.

« Pouvait-on, dit l'auteur, prévenir la gangrène du placenta dans ce cas? Nul doute si la malade se fût fait soigner à temps. Remarquez, en effet, ce qui s'est passé après la première métrorrhagie qui a duré dix jours et qui fut arrêtée à l'aide de la saignée. La femme se porta bien pendant dix jours, puis des douleurs aux lombes et derrière le pubis se manifestèrent qui furent complétement négligées, la malade se livrant d'ailleurs à des travaux pénibles et à des influences qui favorisaient singulièrement le travail morbide. Une seconde métrorrhagie se manifesta, laquelle prit le caractère intermittent, et il eût été facile alors de diagnostiquer la gangrène placentaire par l'écoulement noirâtre et fétide qui avait lieu par le vagin dans les intermittences des hémorrhagies. Je suis convaincu qu'on aurait prévenu ou arrêté les progrès d'un pareil désordre si la femme eût été soumise dès l'apparition de la seconde hémorrhagie à l'usage du seigle ergoté. »

— Les données thérapeutiques posées par l'auteur dans ce fait, ne sont point en opposition avec les idées reçues sur la vertu antihémorrhagique du seigle ergoté; mais, d'une part, pouvait-on savoir au juste à quelle espèce de lésion on avait affaire, d'après les symptômes ci-dessus; de l'autre, l'état de désorganisation du placenta est-il réellement le résultat d'un travail phlogistique pour pouvoir être combattu à l'aide du remède en question, que l'école italienne a rangé au nombre des hyposthénisants? La science n'est pas encore, à ce que nous croyons, assez avancée sur ces matières pour pouvoir établir *à priori* un diagnostic avec toute l'assurance que paraît avoir M. Ghersi.

Deuxième fait. (Placentite.) Une femme, âgée de trente ans, robuste, mère de trois enfants, enceinte pour la quatrième fois, était arrivée heureusement au cinquième mois de sa grossesse, lorsqu'elle a été saisie de douleurs aux lombes et à la région pubienne, puis de pertes sanguines. Une saignée a arrêté l'hémorrhagie pendant dix jours; mais elle a reparu au bout de ce temps, pour disparaître encore sous l'influence du même moyen. Le même phénomène s'est reproduit plusieurs fois tous les dix ou quinze jours. La femme est en attendant arrivée au terme de la grossesse, et est accouchée d'un enfant vivant qui est mort le cinquième jour.

Le placenta offrait des marques non équivoques de phlogose ancienne; il était couvert de lymphe plastique sur sa face postérieure; cette matière avait amalgamé ensemble et confondu les cotylédons dans un tiers de sa largeur.

Troisième fait. (Idem.) Une femme enceinte, âgée de vingt-trois ans, entra à l'hôpital le 29 août 1839, pour être traitée d'une syphilis confirmée; elle offrait en même temps des douleurs aux régions lombaire et hypogastrique, et de la fièvre à type intermittent. J'ai diagnostiqué une placentite sourde suppurante et un avortement prochain, ce qui n'a pas manqué d'avoir lieu le 10 octobre, au septième mois de la grossesse. L'enfant était grêle et de l'apparence d'un être décrépit; il est mort quelques jours après la naissance.

A l'examen, le placenta était manifestement ulcéré sur deux points de sa périphérie, dans la longueur d'un pouce et demi et dans la largeur d'un pouce. Au centre, la masse placentaire était convertie en tissu lardacé dans l'étendue d'un pouce et demi. Plusieurs points de suppuration existaient en même temps.

« A la suite de ces faits, j'aurais pensé avec Sympson, dit l'auteur, que les symptômes propres à la placentite sont des douleurs lombaires, pubiennes et hypogastriques, si les deux observations suivantes n'étaient venues infirmer cette croyance. »

Quatrième fait. (Gangrène placentaire; nécropsie.) Une jeune dame, noble, de très-faible constitution, avait eu une grossesse très-pénible et un accouchement laborieux. Elle devient enceinte pour la seconde fois. Vers le septième mois, elle est menacée de métrorrhagie à la suite d'une courte promenade; cette menace se reproduit souvent et s'accompagne de douleurs lombaires. La métrorrhagie s'arrête promptement sous l'influence d'une petite saignée du bras. Vers le huitième mois, la malade est réveillée d'une manière inattendue par une douleur intense, mais fugace, qui donne lieu à l'écoulement des eaux de l'amnios. Les choses ne vont pas plus loin. Un mois se passe dans cet état, et la femme arrive jusqu'au neuvième mois; alors une hémorrhagie se déclare, qui dure pendant huit jours; la vie de la femme est en grand danger : écoulement d'un liquide très-fétide par le vagin; ce canal est plein de caillots sanguins. Mort par hémorrhagie excessive.

A l'autopsie, on trouve l'orifice utérin très-dilaté; le fœtus est décoloré, exsangue; il présente l'épaule

Digitized by Google

droite à l'orifice ; les membranes amniotiques sont rompues. Le placenta est excessivement fétide ; il adhère morbidement à l'utérus ; sa substance est fort mince, ou des deux tiers moins épaisse qu'à l'ordinaire ; sa couleur est noirâtre comme de la lie de vin ; sa résistance est si faible qu'elle tombe en lambeaux sous la plus légère traction. Dans plusieurs endroits, sa substance est tout à fait pultacée.

Cinquième fait. (Adhérence du placenta à la tête de l'enfant.) Dans le cas suivant, la placentite s'est passée d'une manière tout à fait sourde. Une femme, âgée de trente-neuf ans, de tempérament lymphatique, mère de sept enfants, enceinte pour la huitième fois, éprouve, à la suite de quelques légères douleurs aux reins, et vers le troisième mois, une rupture à la poche des eaux de l'amnios. Deux heures après, des douleurs à l'utérus et un écoulement de sang par le vagin se manifestent ; une heure et demie plus tard, elle accouche d'un fœtus enveloppé de ses membranes. A l'examen, on trouve que le placenta adhère tellement fortement à la tête de l'enfant qu'il n'est pas possible de l'en séparer sans le déchirer. Il est incontestable, dit l'auteur, que cette adhérence aux téguments du crâne a été la conséquence d'une phlogose, et que cette phlogose a été elle-même la cause de l'avortement. Une métrorrhagie assez abondante, qui a duré quarante jours, a suivi l'avortement.

Il reste donc prouvé, selon lui, que la placentite peut exister quelquefois d'une manière latente jusqu'à l'époque de l'avortement. Dans quelques cas elle provoque une sorte de petite fièvre à type intermittent, c'est lorsque des points de suppuration s'établissent dans la substance placentaire. En général, cependant, il est toujours vrai de dire que des douleurs lombaires et hypogastriques, et des métrorrhagies intercurrentes en forment les caractères principaux.

GAZETTE DES HÔPITAUX.—Juillet 1840.

De l'hydropisie enkystée de l'ovaire, et du traitement qui lui est applicable; par M. TAVIGNOT, interne de l'hôpital Cochin, membre de la société anatomique.

Méconnue par les auteurs anciens, et confondue par eux avec l'ascite et les diverses tumeurs abdominales, l'hydropisie enkystée de l'ovaire n'a pris rang dans la science que depuis les beaux travaux des anatomo-pathologistes ; c'est surtout aux chefs de cette école qu'il faut rapporter une étude approfondie ; une description, quelque peu complète de cette maladie, au point de vue de la lésion qui la constitue. Quoi qu'il en soit, Hoffman, Hunter, Lieutaud, Meckel (1758), Morgagni, de Haën, Callisen, nous en ont donné une description assez exacte, et à laquelle nos recherches modernes n'ont que peu ajouté. Disons aussi que même sous le rapport thérapeutique, nous avions été devancés par ces illustres maîtres ; aussi Morgagni a-t-il agité la question de l'extirpation de l'ovaire qu'il regarde comme impossible (1) ; tandis que de Haën la considère comme très-douteuse (2), opinion que l'on rencontre encore de nos jours, et à laquelle nous nous arrêterons sans doute à la suite de ce travail ; opinion que partage aussi un auteur anglais, le docteur Bright (3), dans un Mémoire qu'il vient de publier : « Cette opé-» ration, dit-il (l'extirpation), est si chanceuse et si » difficile, et si dangereuse, que j'en regarderais le » succès comme un coup d'audace et un hasard. »

La ponction par le vagin, pratiquée dans ces dernières années, et qui, bien exécutée, paraît appelée à jouer un certain rôle parmi les moyens thérapeutiques que la chirurgie peut opposer à cette terrible maladie, la ponction par le vagin n'est pas une découverte contemporaine. Déjà, en effet, elle avait été exécutée par Callisen pour guérir l'ascite et une variété d'hydropisie enkystée, ainsi qu'il résulte du passage suivant :

Sic quoque cautam ponctionem per tumorem eminentem, et fluctuantem in vagina uteri cum successu institui (4).

Dans ces derniers temps on s'est beaucoup occupé de cette dernière maladie ; et la science s'est enrichie des travaux des Hopfer, Mantini, Warren, Smith, Mac-Dowel, J. Lizars, Galenszowski, Christman, Ritter, Dieffenbach, Ehrhartstein, etc., dignes successeurs de Ledran, de Delaporte, de Hévin, etc.

Quoique la percussion ait été évidemment appliquée par les anciens au diagnostic des tumeurs abdominales, bien avant la découverte d'Avenbrugger (1756) (5), cependant il faut en convenir, leurs méthodes étaient grossières et étaient loin d'atteindre ce degré de perfection de nos moyens actuels. Ainsi c'est surtout depuis la découverte de la percussion médiate que leur diagnostic est devenu plus facile.

Dans l'examen approfondi dans lequel nous allons entrer sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire, une pensée nous a surtout dominé ; c'est la partie chirurgicale du traitement qu'on peut lui opposer.

(1) Lettre 47, art. 12.

(2) De Haen, Ratio Medendi.

(3) Arch. gén., 1838. Tumeurs de l'ovaire, Bright.

(4) Systema chirurgiæ hodiernæ, t. 2, p. 59, 1re édit.

(5) Voir la note publiée par M. Pigné, dans Bullet. Sociét. anatom., 1840. p. 101.

Digitized by Google

Cependant, pour remplir le cadre que nous nous étions tracé, nous avons dû aussi porter notre attention sur d'autres points, et étudier, par exemple, les questions d'étiologie, de développement, de symptomatologie, de diagnostic différentiel, etc.

Et d'abord sous l'influence de quelles causes la maladie qui nous occupe prend-elle naissance?

L'hydropisie enkystée de l'ovaire, quoique se rencontrant plus spécialement vers l'âge de retour, c'est-à-dire de quarante à cinquante ans, n'est pourtant pas rare encore à une époque moins avancée de la vie, jusqu'à quel point le travail de la parturition, une menstruation difficile et irrégulière, favorisent-ils le développement de cette affection? Cette question ainsi posée ne nous paraît pas encore susceptible d'une solution satisfaisante dans l'état actuel de nos connaissances; disons, toutefois, qu'il existe peu d'exemples d'hydropisie enkystée de l'ovaire avant l'époque de la puberté, tandis qu'il n'est pas excessivement rare de la rencontrer chez les femmes qui ont eu un certain nombre d'enfants. Ainsi, le travail physiologique, dont l'appareil génital est le siége, aux époques cataméniales (1) et sous l'influence de la grossesse, paraît retentir jusqu'à l'ovaire, et disposer au moins celui-ci à des altérations consécutives. Sous ce dernier rapport, Sprengel (2) est donc dans l'erreur, quand il affirme que l'hydropisie enkystée est plus fréquente chez les religieuses et les célibataires que chez les femmes mariées. Il résulte, en effet, d'un certain nombre d'observations consignées dans le mémoire de Bluff (3), et dans lesquelles on a tenu compte de la position sociale des malades, que sur vingt et une, quatre étaient filles, tandis que dix-sept étaient mariées. Burns, d'après les faits qu'il a recueillis de son côté, adopte complétement cette dernière opinion.

Pour ce qui est de l'action des causes mécaniques, des lésions extérieures, que l'on a voulu faire intervenir (4) pour rendre compte du développement de cette maladie, j'avoue qu'en thèse générale, il nous paraît impossible d'y ajouter foi, quoiqu'on ait pris soin de noter cette circonstance dans plusieurs observations que nous avons consultées. En effet, la situation seule de l'ovaire paraît le mettre tout à fait à l'abri de ces violences du dehors.

Marche et symptômes.— L'hydropisie enkystée de l'ovaire est, de sa nature, une maladie essentiellement chronique, et qui met habituellement plusieurs années pour arriver à son complet développement : pour en faciliter le diagnostic, il nous paraît avantageux de diviser cette maladie en trois périodes principales : 1° dans la première, la malade qui jouit du libre exercice de toutes ses fonctions, s'aperçoit pourtant de l'existence d'une tumeur globuleuse, du volume d'un œuf environ, dans l'une ou l'autre fosse iliaque. Cette tumeur est habituellement indolore, placée à une certaine profondeur, mobile dans différents sens. On comprend facilement qu'à ce degré de l'évolution pathologique, la percussion ne fournit que des résultats négatifs; la fluctuation n'y est pas non plus appréciable.

2e *degré*. La maladie a fait des progrès, de telle sorte qu'au lieu du point circonscrit qu'elle occupait auparavant, la tumeur remplit la fosse iliaque, vient proéminer plus ou moins à la partie supérieure de l'abdomen, déplace les viscères abdominaux, et peut ainsi à cette période atteindre la ligne médiane et la base du thorax. Déjà la mobilité n'existe plus, on rencontre habituellement dans le point correspondant une saillie plus ou moins considérable, le plus souvent uniforme, quelquefois bosselée.

Si la tumeur se développe à droite, les intestins se portent à gauche, circonstance qu'il est facile d'apprécier par la percussion médiate (1); les diverses positions de la malade ne changent pas la situation du liquide, comme dans l'ascite, et de plus la matité, dans le point correspondant, est toujours plus marquée que dans cette dernière maladie. Selon M. Rostan, la fluctuation serait ici manifeste dans les parties supérieures, tandis que c'est surtout vers les points les plus déclives qu'elle se rencontre dans l'ascite.

3e *degré*. Le développement du kyste est tel, que non-seulement la tumeur dépasse la ligne médiane, mais qu'elle vient se loger dans le côté opposé au point où elle a pris naissance, de telle sorte qu'à ce degré, l'abdomen étant uniformément distendu et présentant une matité générale, les moyens dont nous parlions à l'instant ne trouvant pas leur *application*; c'est dans ces circonstances que le diagnostic pourrait être rendu difficile si on voyait la malade pour la première fois (2); c'est dans cette circonstance

(1) On sait le rôle que M. Gendrin a, dans ces derniers temps, fait jouer à l'ovaire, dans l'explication du phénomène de la menstruation. Un ovule se détacherait de cet organe tous les mois, et arrivant dans l'utérus, y déterminerait le travail d'hémorrhagie physiologique dont il est le siége. Cette opinion, que j'ai vérifiée sur deux femmes mortes pendant la période menstruelle, semble encore confirmée par le cas cité par Pott (OEuv. chir., t. 1, p. 492), où, par suite d'une erreur de diagnostic, on enleva les deux ovaires herniés, croyant avoir affaire à une hernie épiploïque; la femme, jeune encore, cessa d'avoir ses menstrues, qui jusque là avaient été régulières.

(2) Pathol., t. III, § 654.

(3) Expérience, t. I, p. 353.

(4) Bluff, Loco citato.

(1) Percuss. médiate, Piorry, p. 179.

(2) Voici à ce sujet ce que dit un membre de l'Académie

Digitized by Google

surtout qu'il faut avoir recours au commémoratif, lui seul peut vous mettre sur la voie, et vous apprendrez si la tumeur a pris naissance dans la fosse iliaque droite ou dans la gauche. Le toucher par le vagin peut aussi dans ce cas être de quelque utilité, car si le kyste est uniloculaire, il sera en général possible de sentir le flot du liquide en percutant la partie supérieure de la tumeur.

Diagnostic. — Une foule de lésions des viscères abdominaux peuvent jusqu'à un certain point être confondues avec l'hydropisie enkystée; je dois dire cependant qu'en thèse générale, il est assez facile d'établir le diagnostic à l'aide des signes et des points indiqués par les anciens auteurs. La grossesse arrivée au six ou huitième mois pourrait-elle en imposer pour une affection de l'ovaire? dans ce cas où l'erreur de diagnostic pourrait avoir de si fatales conséquences, on comprend toutes les précautions que le médecin devra s'imposer. On rapporte des cas, en effet, où l'affection de l'ovaire ayant entraîné la cessation des règles et produit des nausées, des vomissements, des dépravations de l'appétit, le développement des *seins*, on a pu croire à l'existence d'un fœtus, soit dans l'utérus, soit dans ses annexes. Si dans ce cas le ballottement, le double bruit du cœur du fœtus et le souffle placentaire ne mettaient pas sur la voie, il faudrait attendre l'époque ordinaire de l'accouchement, plutôt que de hasarder un traitement actif pouvant devenir si funeste à la mère et à l'enfant. Dans ces cas il ne faut pas toujours tenir compte des dénégations des malades sur l'impossibilité de leur grossesse pour se hâter d'agir; l'affection n'étant pas de nature à exiger de prompts secours, il vaut mieux temporiser. J'ai été, au début de mes études médicales, témoin d'une erreur dont les conséquences ont été si terribles, qu'elle ne sortira jamais de ma mémoire. Une jeune fille vint consulter un praticien de province, pour une tumeur qui, disait-elle, s'était développée en peu de temps dans un des côtés de son abdomen, mais qui à cette époque dépassait la ligne médiane. Cette demoiselle nia formellement jusqu'à la possibilité d'une grossesse, et induisit ainsi en erreur le médecin qui, pensant avoir affaire à une hydropisie enkystée, se hâta un peu à la légère, sans doute, de pratiquer une ponction. Il survint un avortement d'un fœtus de huit mois et trois jours après la mort de la malade. La maladie qui nous occupe pourrait encore être jusqu'à un certain point simulée par un phlegmon de la fosse iliaque, une dégénérescence encéphaloïde située dans le bassin, par un abcès des ligaments larges, etc., comme j'en ai recueilli un remarquable exemple. Dans ces cas, c'est surtout à la marche et à la succession des symptômes qu'il faut avoir recours pour établir son diagnostic. J'ai vu la rate transformée en un kyste fibreux dont le plus grand diamètre verticalement dirigé avait au moins trente-cinq centimètres, et atteignait le détroit supérieur simulé en hydropisie enkystée de l'ovaire; la fluctuation y était manifeste, une ponction fut pratiquée au lieu ordinaire, il ne sortit pas une goutte de liquide. A l'autopsie on trouva ce kyste rempli par un grand nombre d'hydatides plus volumineuses les unes que les autres, et toutes contenues dans une membrane hydatiforme qui tapissait, sans y adhérer, la face intérieure de ce même kyste.

Une altération analogue pourrait se montrer dans le foie, et avoir les mêmes conséquences; il est bon d'être prévenu de leur possibilité. Enfin, la dégénérescence squirrheuse de l'ovaire en suivant une marche et un développement semblables à ceux de l'hydropisie, pourrait simuler cette dernière; on sait d'ailleurs que cette dégénérescence est loin d'être rare, et complique souvent l'hydropisie enkystée, comme nous le dirons en traitant de l'anatomie pathologique, à tel point que Ledran considérait les kystes de l'ovaire comme un épiphénomène, comme une circonstance fortuite, un accident survenant pendant le développement d'une dégénérescence squirrheuse de cet organe; quoique exagérée, cette opinion de Ledran se vérifie dans un grand nombre de cas. Tout le monde sait (et les bulletins de la Société anatomique attesteraient au besoin ce que j'avance ici) combien sont communs les corps fibreux de l'utérus; eh bien! quelques-unes de ces productions prennent parfois un développement énorme; de sorte que se plaçant dans l'une et l'autre fosse iliaque, ils donnent ainsi l'apparence d'une maladie de l'ovaire; mais dans ces cas il y a toujours absence de fluctuation, et puis les déplacements que l'on fait subir à la tumeur se communiquent à l'utérus, circonstance que l'on ne rencontre pas dans l'hydropisie enkystée ordinaire. L'hydropisie enkystée des parois abdominales pourrait, au dire des auteurs, simuler celle de l'ovaire, il est bon de les prévenir de la possibilité de cette erreur. Dans quelques observations on a noté un œdème du membre correspondant au siége de la maladie, et quelquefois à une période plus avancée de son développement, un prolapsus de l'utérus.

Mais ce n'est pas tout, l'hydropisie enkystée une fois reconnue, et distinguée d'une foule de tumeurs qui peuvent être confondues entre elles, il reste

---

de chirurgie, Ledran. « Il est très-difficile de reconnaître au toucher une hydropisie enkystée, lorsque le kyste s'étend par tout le ventre, et l'on ne peut sous le doigt la distinguer de l'ascite, que lorsqu'on sent les bornes du kyste, ce qui n'a lieu que lorsque leur développement n'est pas encore très-considérable. » Mém. acad. de chir., t. II, éd. Encyclop. des Sc. méd.

Digitized by Google

encore à savoir si le kyste est simple, uniloculaire, ou bien multiple et composé d'un grand nombre de cellules. Ce n'est pas là, comme on le comprend bien, un pur sentiment de curiosité, une question oiseuse que l'on peut s'adresser.

En effet, au point de vue thérapeutique, qui ne comprend tout d'abord l'immense avantage que l'on retirera de cette connaissance, dans la détermination des moyens que l'on devra mettre ultérieurement en usage, quelques-uns d'entre eux pouvant être employés avec des chances de réussite dans le premier cas, tandis que dans le deuxième ils seraient à peu près inutiles.

L'hydropisie enkystée à cellules donne la sensation d'une tumeur bosselée inégale au toucher (1), son accroissement se fait lentement, et une fois qu'elle a acquis un certain volume, ses parois prennent de l'épaississement et une dureté cartilagineuse, la fluctuation y est en général assez obscure (2). L'hydropisie à kyste simple, au contraire, a le plus ordinairement un développement plus rapide que celle à cellules composées; sa surface est égale, lisse et uniformément convexe, elle atteint un volume souvent plus considérable que la première; mais le caractère principal auquel j'attache le plus d'importance, c'est que la fluctuation y est évidente au lieu d'être obscure comme dans le premier cas.

Pronostic. Grave en général, l'hydropisie enkystée varie pourtant pour la gravité, selon une foule de circonstances. C'est une maladie qui, ordinairement, met une ou plusieurs années pour atteindre son summum de développement. Jusque-là, les malades sont plutôt tourmentées par le volume de la tumeur, et par la gène mécanique qu'elle détermine par rapport aux viscères environnants, que par l'altération pathologique elle-même, qui est en général complétement indolente. On a vu des malades atteindre même un âge assez avancé, quoique affectées depuis longtemps de cette lésion.

La profession des malades doit aussi être mise en ligne de compte comme exerçant une certaine influence sur la terminaison de la maladie, et par conséquent comme aggravant son pronostic. Ainsi, les femmes qui exercent de pénibles professions, portent de lourds fardeaux, et par leur état exercent de continuelles pressions sur l'abdomen; celles qui sont sujettes à recevoir des coups, des violences extérieures sur cette région, sont exposées plus immédiatement à une terminaison funeste; et chez elles, on le comprend, le pronostic est plus grave. — J'ai cru remarquer aussi, d'après les nombreuses observations déposées dans les recueils périodiques, que la marche de la maladie, sa durée surtout, était loin d'être la même aux dernières époques de la vie. Il semblerait résulter de l'examen comparatif de ces faits que dans l'adolescence et dans l'âge adulte, de vingt à trente ans, la maladie revêt une marche plus aiguë, tandis que dans l'âge mûr (de quarante à cinquante et au delà), elle tend davantage à passer à la chronicité. — C'est ainsi que les jeunes femmes verraient se succéder en quelques mois, en une année la série d'accidents qu'entraîne leur maladie, tandis que les femmes parvenues en âge sont à peine tourmentées par des incommodités passagères qui peuvent les laisser vivre encore de longues années.

Terminaison.—La maladie qui nous occupe est susceptible de terminaisons bien variées et bien différentes les unes des autres. Il est des cas, disons-le tout d'abord, où la maladie reste pour ainsi dire stationnaire, ou au moins fait des progrès tellement peu sensibles qu'ils n'empêchent pas les malades d'atteindre un âge très-avancé; c'est dans ces cas, assez rares il est vrai, que ces malheureuses meurent de vieillesse ou succombent à des affections intercurrentes, indépendantes de la première.

Mais par malheur il est loin d'en être toujours ainsi, et le plus souvent, quand on n'y apporte pas remède, l'hydropisie de l'ovaire peut être la cause ou l'occasion de la mort des femmes qui en sont affectées; 1° par le développement parfois énorme que le kyste peut prendre. On conçoit qu'il puisse arriver une époque où il s'oppose complétement à l'abaissement du diaphragme, et comprimant les diverses portions du tube digestif, et par suite apportant des troubles marqués dans les phénomènes de la digestion et de la nutrition, il puisse survenir dans l'économie des lésions telles qu'elles ne seraient plus compatibles avec la vie.—Le fait que j'ai dernièrement observé me paraît rentrer dans ce cas; et en effet, aucune autre altération ne pouvait rendre compte de la terminaison fatale. 2° Par inflammation péritonéale. — Le plus souvent l'hydropisie enkystée, en se développant, irrite et enflamme les feuillets séreux environnants d'où les adhérences si fréquentes dans les tumeurs anciennes, et qui ont occasionné des obstacles parfois insurmontables à ceux qui en ont tenté l'extirpation; comme nous le dirons par la suite. Si cette inflammation, au lieu d'être locale et parfaitement circonscrite, se fait passage dans une grande étendue de la séreuse péritonéale, on comprendra toute la gravité de cette complication, la mort pourra en être la conséquence presque immédiate. Celle-ci peut encore arriver, quoique plus lentement, et reconnaître pour cause les adhérences plus ou moins nombreuses produites par le travail

(1) Mém. de Bréra, J. méd. chir., t. II, p. 92.

(2) Voir mon rapport à la Société anat. sur un cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire, inséré dans les bulletins de 1840.

inflammatoire dont je viens de parler, et qui, en gênant le mouvement péristaltique des intestins, apportent des troubles notables dans le travail de la digestion ; tous troubles qui, portés à un certain degré, conduisent au marasme et à la mort. 3° Par rupture. — Il arrive malheureusement trop souvent qu'au milieu de la santé la meilleure en apparence, une femme, affectée depuis un temps plus ou moins considérable d'une tumeur enkystée de l'ovaire, qui habituellement n'apportait que des troubles très-légers dans ses fonctions, est prise tout à coup d'une vive douleur dans le côté correspondant de l'abdomen, avec une sensation toute spéciale que le plus souvent elle ne peut pas rendre; dès lors survient le formidable appareil de symptômes de péritonite sur-aiguë qui emporte les malades dans les vingt-quatre heures.

C'est à une rupture de la poche ovarienne et à l'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale que cet accident est dû. J'ai vu deux cas de rupture semblable dans le service de M. Blandin. Une mort presque immédiate en a été la conséquence dans les deux cas, malgré un traitement sage et énergique qui fut employé au début.

Au lieu d'avoir lieu dans la cavité du péritoine et de déterminer des accidents aussi terribles, la rupture peut se faire (après avoir été précédée d'adhérences préalables), soit dans une anse intestinale, le colon par exemple (voir ma deuxième observation prise dans le service de M. Récamier), ou bien dans le vagin (Monro, Neumann), ou bien encore dans la vessie ; je ne connais cependant pas d'observation qui établisse directement la réalité de ce dernier fait que j'avance, et l'analogie seule me conduit à en établir la possibilité. N'a-t-on pas, en effet, observé dernièrement à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis, un abcès des ligaments larges qui, s'étant ouvert dans la vessie, avait fait croire à une lésion profonde, soit de ce dernier organe, soit des reins, à cause de la présence du pus mélangé avec l'urine ?

Ces cas de rupture, comme on le comprend parfaitement, peuvent se terminer par le retour à la santé, mais ils sont malheureusement trop rares.

Anatomie pathologique. — En ne considérant que superficiellement les choses, on pourrait croire que l'hydropisie enkystée peut avoir son siége indifféremment à droite ou à gauche ; cependant en examinant de plus près, à l'aide de relevés statistiques, comme nous l'avons fait nous-même, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il existe une différence assez tranchée à l'avantage du côté droit. Ainsi, sur trente cas d'hydropisie enkystée pris dans les auteurs, la maladie avait lieu treize fois à gauche et dix-sept fois à droite. Dans un relevé plus considérable, qui appartient à Bluff(1), on trouve trente et un cas pour le côté droit, et vingt-trois seulement pour le côté gauche.

Ce résultat, fourni par la méthode numérique à laquelle on peut faire sans doute plus d'une sérieuse objection, se trouve en opposition formelle avec l'opinion de Meckel (2), qui pense que l'on rencontre plus souvent des poils et des concrétions osseuses (débris de fœtus) dans l'ovaire droit, tandis que le gauche est plus fréquemment le siége de l'hydropisie enkystée. — Un autre auteur allemand, Mayer, avait déjà pris soin de réfuter cette erreur de son compatriote.

L'étude anatomo-pathologique de cette maladie se compose de l'examen des parois du kyste et du liquide qu'il renferme.

Le kyste varie beaucoup pour son volume, tantôt de la grosseur d'un œuf, parfois il acquiert le volume d'une tête de fœtus à terme, et même d'adulte. Sa surface extérieure, quelquefois bosselée, d'autres fois uniforme, présente un aspect bien variable; en général, la plus grande partie du tissu qui en constitue les parois, est de nature fibreuse ; analogue au tissu fibreux de l'ovaire à l'état normal. Mais le plus souvent, comme Ledran l'a parfaitement indiqué, ses parois sont le siége d'une dégénérescence squirrheuse plus ou moins avancée, comme on peut s'en assurer par la lecture de notre troisième et quatrième observation. Quelques faits prouvent que ce tissu fibreux du kyste peut s'encroûter de phosphate calcaire, et présenter ainsi des plaques osseuses plus ou moins étendues, qui ne laisseraient pas que de gêner singulièrement l'opération, dans une ponction, par exemple, qu'on pratiquerait sur cette tumeur.

La face interne de cette poche fibreuse est parfois lisse et polie, comme si elle était tapissée là par un feuillet séreux, et, sous ce rapport, elle a bien quelque point de ressemblance avec le péricarde. Au lieu d'être unique la cavité du kyste est quelquefois multiple; c'est à dire que de sa face interne naissent des cloisons fibreuses dirigées en divers sens, et partageant ainsi la cavité principale en une foule de cellules secondaires dont la forme et l'étendue présentent de nombreuses variations et qui n'ont entre elles aucune sorte de communication. Dans d'autres cas ces cloisons sont incomplètes et ces cellules communiquent ensemble. On trouve encore parfois, adhérentes aux parois des cellules, des vésicules dont le volume varie depuis celui d'un œuf jusqu'à celui d'une orange. Ce sont ces vésicules que certains auteurs ont considérées comme des ovules hyper-

---

(1) Mémoire cité. Expérience, t. I.
(2) Anat. patholog., t. II, p. 272.

trophiés (1), que d'autres ont crues produites par un épanchement sanguin antérieur (2); mais il faut en convenir, on ne comprend pas parfaitement encore le mode de production.

Dans les parois du kyste, mais le plus souvent accolés à la face externe, se trouvent des vaisseaux artériels et veineux, notablement dilatés; ce sont ces vaisseaux, plus ou moins nombreux (3), dont Delpech redoutait souverainement les lésions (4), même dans la simple ponction qu'il pratiquait pour évacuer le liquide du kyste; ce sont eux encore qui ont parfois singulièrement gêné les opérateurs dans des tentatives d'extirpation de l'ovaire.

Rien n'est plus variable que la matière contenue dans les kystes ovariens; depuis la sérosité claire et transparente, jusqu'à la matière melliforme, il y a une foule d'intermédiaires; ainsi, tantôt c'est un liquide trouble et comme lactescent, d'autres fois de la véritable matière purulente; on peut y rencontrer de la substance blanche et dure comme du plâtre (Portal), ou bien une matière plus ou moins fluide, ayant la consistance du suif, de la graisse. Elle ressemble quelquefois à du fromage pourri (Van der Wiel); d'autres fois, c'est une substance plus ou moins fluide, de la couleur d'un jaune d'œuf. On y trouve aussi une matière couleur lie de vin, et, dans quelques cas, des hydatides. Mais le plus souvent, la fluidité du liquide contenu est plus marquée, et il présente un aspect jaunâtre analogue à une décoction de gomme arabique. Sa quantité est sujette à de nombreuses variations depuis quelques litres jusqu'à 20, 30 et même davantage.

Traitement. — Nous le diviserons en médical et chirurgical.

1° Pour le premier, nous nous contenterons de dire qu'on prétend avoir retiré des avantages réels des diurétiques, des diaphorétiques, des mercuriaux, des iodures, etc. Moi, je crois que l'on peut avancer, sans crainte d'être taxé d'erreur, que leur succès est en général au moins très-problématique. Il n'en est pas tout à fait de même du traitement externe ou chirurgical, qui, vu son importance dans le cas actuel, va surtout fixer notre attention.

2° A. A l'exemple de M. Récamier (5), qui avait mis en usage, et quelquefois avec succès, la compression pour des tumeurs cancéreuses du sein, on voulut appliquer celle-ci au traitement de l'hydropisie enkystée. J'avoue que si l'analogie peut parfois conduire à d'heureux résultats, il n'en fut pas ainsi et il ne dut pas en être ainsi dans ce cas particulier. Qu'y a-t-il, en effet, de comparable entre une affection carcinomateuse et une hydropisie enkystée? Voilà pour la nature de la matière; mais pour le siége, voyons si l'on peut établir un parallèle entre une tumeur superficiellement placée, soutenue par des parties osseuses et résistantes, et une autre logée dans une cavité profonde, reposant sur un plan qui n'est pas uniforme, et environnée d'organes dont une compression même de quelques instants ne serait pas sans inconvénients pour l'économie. Ainsi, comme méthode *curative*, la compression ne devait pas en théorie fournir d'heureux résultats; hâtons-nous de le dire, en pratique, elle a été impuissante.

B. La ponction pratiquée sur la paroi abdominale antérieure, dans le lieu ordinaire, est assez souvent mise en usage, comme tout le monde le sait, mais son peu de valeur thérapeutique fait qu'on ne l'emploie ordinairement qu'à la dernière période de la maladie, c'est-à-dire quand les malades sont sur le point de suffoquer par suite de la gêne extrême de la respiration, etc. On sait aussi que dans ce cas comme dans l'ascite, les ponctions doivent être répétées un très-grand nombre de fois, que plus on avance, moins il faut mettre d'intervalle entre chacune d'elles. C'est donc là encore un moyen plutôt palliatif que curatif; et, sous ce rapport, il existe à peine quelques exceptions dans les faits qui nous sont connus. Pour nettoyer la cavité du kyste, des injections émollientes ont été employées avec succès; d'autres praticiens, voulant produire sans doute une adhésion des parois, ont injecté des liquides irritants, tels que du vin (1), des composés astringents, etc. Ils prétendent en avoir, dans certains cas, obtenu d'heureux résultats. Toujours est-il qu'il peut en résulter et qu'il en est souvent résulté des accidents produits par une vive inflammation du kyste, et qui ont entraîné la mort des malades.

On a conseillé d'associer un léger degré de compression à la ponction, afin de faciliter l'adhérence des parois du kyste; cette méthode, ainsi formulée, est on ne peut plus rationnelle, mais souvent encore elle ne saurait produire une guérison complète. C'est la triste réalité des considérations dans lesquelles nous sommes entré, qui a porté certains chirurgiens du siècle dernier à tenter quelque chose de plus pour obtenir la cure radicale; je veux parler de l'incision.

C. Se fondant sur la nature variée des liquides qui peuvent être renfermés dans les kystes de l'ovaire, et qui quelquefois sont tellement visqueux

(1) Teissier, Bulletins de la Soc. anat.
(2) Dict. en 60 vol., art. Hydrop. par Itard.
(3) Bouvier, Mém. acad. de méd., 1837, t. II.
(4) Dubreuil, Journ. hebdom., 1835.
(5) Trait. du cancer par la compression, 2 vol.

(1) Holscher, Arch. gén. de méd., 1838.

Digitized by Google

qu'ils ne sauraient sortir par la canule du trois-quarts, d'une part, et de l'autre sur la facilité de la reproduction de ce fluide quand il peut être évacué, Ledran et Delaporte, dans plusieurs observations présentées à l'ancienne académie de chirurgie (1), proposèrent l'incision des parois du kyste. Ledran rapporte deux observations de guérison par cette méthode; dans la première, la malade a succombé quatre ans après à une affection cancéreuse occupant plusieurs organes de l'excavation du bassin; l'autre est guérie complétement sans qu'il soit resté de fistule. « De toutes les hydropisies enkystées que » j'ai traitées en ouvrant ainsi le kyste par une in» cision, c'est la seule, dit Ledran, où j'ai vu le » kyste se fermer entièrement. »

Il reste, en effet, le plus habituellement, un trajet fistuleux qui est même très-favorable pour empêcher la reproduction du liquide, et permet ainsi aux parois du kyste de revenir sur elles-mêmes de manière à effacer sa propre cavité.

Du mémoire que j'analyse maintenant, on peut conclure : 1° que l'hydropisie enkystée ne peut être guérie que par une ouverture du kyste assez grande; 2° qu'il faut l'ouvrir de bonne heure pour prévenir la trop grande extension; 3° qu'il ne suffit pas d'y faire une simple ponction avec le trois-quarts, mais qu'il y faut faire une ouverture assez considérable pour que son intérieur puisse suppurer et se mondifier avant que l'ouverture se rétrécisse.

Voici en quelques mots le procédé opératoire que Ledran mit en usage dans un cas qu'il rapporte. Il fit une ponction avec le trois-quarts, au niveau de la partie moyenne du kyste, puis, remplaçant le trois-quarts par une sonde cannellée, il glissa sur celle-ci un bistouri ordinaire, et débrida de haut en bas dans l'étendue de quatre pouces, en coupant et les parois abdominales et celles du kyste. Une canule appropriée fut placée obliquement dans la plaie, et de temps en temps on faisait des injections détersives d'abord, dessiccatives ensuite.

Ce procédé opératoire *un peu modifié*, a été plus tard conseillé par M. Bégin (1). Peut-être serait-il plus rationnel de suivre le précepte donné par M. Récamier pour les kystes du foie, c'est-à-dire d'appliquer de la potasse caustique en quantité suffisante pour produire des adhérences du kyste avec les parois abdominales, et d'inciser ensuite sur l'eschare qui en serait le résultat. Delaporte, dans un cas qu'il rapporte, eut le malheur de voir succomber la malade de faiblesse et d'épuisement le treizième jour de l'opération. Il se demande en terminant s'il serait possible, dans les cas où le kyste présente un volume considérable, d'emporter le siége du mal, c'est-à-dire de pratiquer l'extirpation de l'ovaire.

Quoique Delaporte ne soit pas le premier qui ait proposé l'extirpation des ovaires, cependant ce point de vue, que l'on crut un instant nouveau (1), fixa l'attention des chirurgiens anglais et américains; ce sont eux, en effet, qui nous ont surtout fourni les observations d'extirpations de l'ovaire que nous possédons, et que nous aurons tout à l'heure à examiner et à apprécier à leur juste valeur. Pour prouver le peu de nouveauté de la proposition de Delaporte, il suffit de savoir que déjà Schlencker, en 1722, Willius, en 1731, Peyer, en 1751, et Targioni, en 1752, avaient déjà discuté cette question d'une manière fort étendue (2).

Quoique, de prime abord, l'extirpation de l'ovaire paraisse une opération barbare, et que l'on soit tenté de la faire disparaître du domaine chirurgical, cependant, l'impression pénible que sa seule idée fait naître, ne tarde pas à se dissiper par l'examen des cas nombreux de guérison consignés dans les archives de la science. Nous avons mis en rapport et comparé chacun des faits que nous avons laborieusement recherchés, en remontant à leur source, et alors nous nous sommes convaincu, qu'à supposer que les auteurs anglais et américains aient publié toutes les tentatives qu'ils ont faites, il existe aujourd'hui, dans la science, plus de cas de succès que de revers.

En effet, sur dix-neuf cas d'observations bien complètes, dont je vais indiquer les sources (3),

(1) Voir les mém. de l'Acad. de chir., t. II, p. 55. Edit. de l'Encyclop. des sc. méd.

(2) Voy. Méd. opératoire.

(1) Voir le rapport de Morand, Loco cit. p. 59.

(2) Hévin, mém. posth., Rev. méd. 1836, t. II, p. 161.

(3) Guérison. 1. Extirpation de l'ovaire droit avec succès par le doct. Ehrhartstein. Arch. de méd., 1838, t. I, p. 427.

2. Extirp. avec succès de l'ovaire droit (il est resté une fistule) par le professeur Galenszowsky. Arch. 1830, t. XXII, p. 120.

3. Tentative d'extirpation, qu'il a terminée par une ponction de laquelle il n'est sorti que du sang; suture, guérison, par Dieffenbach. Arch. 1830, t. XX, 1829, p. 92.

4. Extirp. d'un kyste ayant de nombreuses adhérences. Ligature du pédicule attaché au ligament large, guérison en six semaines, accouchée depuis. Arch. id.

Extirp. de l'ovaire droit, guérison en trois semaines, réunion avec des bandelettes. Doct. Smith, Arch., t. I, 1823, p. 126.

5. Extirp. du côté droit, volume énorme du kyste, guérison en trois semaines. Doct. Smith, Arch., t. XIV, p. 588.

6. Tentative d'extirpation, rendue impossible par des adhérences d'après l'avis de Bradie et Kente, assistants.

Digitized by Google

quatorze ont été suivies d'une guérison plus ou moins prompte; dans cinq cas seulement la terminaison a été fatale; voilà pour la gravité; examinons maintenant la durée ordinaire des succès de l'opération. On est parfois vraiment étonné en parcourant ces observations, de voir les malades retablis complétement en trois semaines, six semaines; la durée la plus longue a été de soixante-dix jours (Galenzowski).

Que faut-il conclure de tout ceci? Que l'extirpation de l'hydropisie enkystée est une opération presque innocente et dépourvue du degré de gravité que les chirurgiens français semblent y attacher? Non, sans doute, et cela par plusieurs raisons; car, si nous n'avons presque qu'un tiers d'insuccès dans les opérations qui nous sont rapportées, qui nous affirme que tous les cas malheureux ont été publiés (ce qui n'est guère probable)? ne pourrait-il pas se faire qu'elle ait été pratiquée, cette opération, un beaucoup plus grand nombre de fois soit en Angleterre, soit en Amérique, sans que les cas malheureux nous soient parvenus?

Et puis quel degré de confiance accorder à des médecins, la plupart sans nom dans la science, et qui commettent des erreurs de diagnostic aussi épouvantables que celle du premier cas, de M. Lizars, qui sans s'occuper d'établir d'une manière bien positive leur diagnostic, sans s'entourer de toutes les lumières que la science peut fournir, se mettent à la légère à pratiquer une opération cruelle, et ne trouvent rien de mieux à faire que d'ouvrir immédiatement l'abdomen, pour une tumeur qu'ils rencontrent dans cette région, qui confondent enfin la saillie de l'angle sacro-vertébrale avec un kyste de l'ovaire? J'ajouterai, en terminant ce chapitre, qu'il convient encore, aujourd'hui, de peser les raisons qui faisaient rejeter à Hever (1) cette cruelle opération; et comme jusque dans ses derniers temps elle n'a pas encore été considérée par les chirurgiens français comme devant occuper le premier rang dans le traitement de l'hydropisie enkystée, il faut attendre encore de nouveaux faits plus complets et plus probants que ceux que nous possédons. D'ailleurs, on le comprend facilement, cette méthode opératoire ne peut jamais être qu'une dernière ressource alors que toutes les autres auront été impuissantes. Ce sera, pour ainsi dire, une dernière planche de salut pour la malheureuse vouée à une mort certaine.

« Quoique dangereuse, dit M. Velpeau (2), l'extirpation de l'ovaire n'en constitue pas moins une » ressource à examiner; l'ovaire n'est pas tellement » indispensable au maintien de la vie, que la femme » ne puisse en être privée sans trop de dangers. » — Il faut, pour qu'elle offre quelque chance de succès, que la tumeur soit mobile, n'adhère pas aux intestins, puisse être facilement séparée de tous les viscères abdominaux, qu'elle ait une racine ou pédicule peu volumineux, et n'expose pas à la blessure de trop gros vaisseaux. — Circonstances qui sont difficiles à trouver toutes réunies, et dont on ne peut pas, d'ailleurs, toujours constater l'existence.

E. Dans ces derniers temps, se fondant surtout sur des rapports anatomo-pathologiques, et sur des dispositions anatomiques spéciales on s'est demandé s'il ne serait pas possible, 1° d'attaquer le kyste par sa partie la plus déclive, et par suite de favoriser l'écoulement du liquide; 2° de maintenir à demeure une sonde ordinaire, de manière à donner essor au fluide, au fur et à mesure de sa formation, afin de laisser le temps à ses parois de revenir sur elles-mêmes; 3° enfin de favoriser, dans un point plus favorable à la guérison, une espèce de fistule que Le-

---

Suture, huit semaines après elle se lève. Doct. Grandville, Arch. id.

7. Première opération de J. Lizars. On ne trouve pas de tumeur, saillie de langue sacro-vertébr. et gonflem. des intestins. Guérison. Arch. 1835, t. VIII, p. 347.

8. Deuxième opération par le même. Sarcôme enkysté. Arch. id.

9. Quatrième. Extirpat. du kyste, rien de particulier. Guérison. Id.

10. Premier cas par Mac-Dowel, cité dans le mém. de J. Lizars. Guérison.

11 et 12. Deuxième et troisième cas. Rien de particulier. Guérison.

13. Extirp. de l'ovaire, 36 livres, par le doct. Ritter. Neuf semaines après, cicatrisation complète. J. de Graefe, t. XII, cité par Gluge, Expérience, t. I.

14. Extirp. de l'ovaire gauche. Guérison en six semaines. La tumeur pesait 3 kilogr. Doct. Christman, J. de Graefe, cité par Gluge, id.

Insuccès. 1. Extirpation de l'ovaire gauche. Tumeur adhérente au colon, au péritoine environnant, à l'estomac, etc. Mort 36 heures après avec gangrène des intestins. Doct. Hopfer, Arch. t. XX, 1829, p. 92.

2. Extirp. de l'ovaire gauche, adhérence vers la symphyse sacro-iliaque, ligature du pédicule d'abord, puis section; lipothymies répétées après l'opération. Mort trente-six heures après. Arch. ut supra.

3. Extirp. de l'ovaire gauche, 24 ans; adhérence à l'entrée du bassin, l'ablation du kyste nécessitant plusieurs ligatures. Mort en trente-six heures, pas de péritonite. Elle a succombé à l'écoulement considérable de sang et de sérosité. Doct. Mantini, Arch. id.

4. Troisième observation de Lizars. Mort avec traces de péritonite. Arch. 1825, t. VIII, p. 347.

5. La malade opérée par M. Warren mourut au bout de trois heures. Expérience, t. I, p. 625.

(1) Mémoire posthume, Revue méd., 1836, t. II.

(2) Médecine opérat., t. IV, p. 23 et suiv.

Digitized by Google

dran semblait regarder comme indispensable pour obtenir la distension du foyer.

On comprend déjà que je veux parler de la ponction du kyste par le vagin (ou ponction vagino-ovarienne), opération pratiquée vers la fin du XVIII^e siècle, mais qui a été renouvelée de nos jours ; et qui, malgré le peu de résultats qu'elle a encore fournis, paraît cependant appelée à jouer un certain rôle dans la thérapeutique chirurgicale de l'hydropisie enkystée.

Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, la nature avait déjà pris soin, pour ainsi dire d'indiquer à l'homme de l'art ce qu'il y avait à faire, et les ressources dont il pouvait disposer. N'a-t-on pas, en effet, observé une rupture d'un kyste de l'ovaire par le vagin, suivie de sa guérison complète.

Ajoutez à cela la saillie que fait parfois le kyste dans la cavité vaginale et la facilité avec laquelle on perçoit souvent la fluctuation dans cette direction, et vous comprendrez facilement comment l'idée de ponctionner par cette voie a pu se présenter à l'esprit du premier opérateur. Il n'est parvenu à ma connaissance que quatre cas de ponction vagino-ovarienne ; les deux derniers ont été directement observés par moi ; et quoique le résultat en ait été malheureux, on comprend cependant que sans un ensemble de circonstances que l'on pourrait sans doute éviter aujourd'hui, la guérison ait pu s'ensuivre.

1^er cas. Neumann (1), sur le point de pratiquer un accouchement à terme, fut étonné de la lenteur du travail, et de la difficulté qu'éprouvait le fœtus à franchir le détroit inférieur ; mais un examen plus attentif, et une exploration plus minutieuse à l'aide du doigt indicateur, ne tardèrent pas à lui donner la raison de tout ceci. Il existait à droite de l'utérus et faisant saillie dans le vagin, une tumeur fluctuante, que, par sa position, il ne tarda pas à reconnaître pour un kyste de l'ovaire, ayant rejeté l'utérus à gauche, et par la compression qu'il exerçait sur le col et sur la partie supérieure du vagin, rendait ainsi impossible la terminaison de l'accouchement. Neumann eut l'idée assez ingénieuse de pratiquer une ponction par le vagin et d'évacuer ainsi la totalité du liquide contenu dans cette poche. Le résultat confirma son attente, et un accouchement facile ne tarda pas à suivre cette heureuse inspiration.

2^e cas. Il y a quelques années, M. le docteur Nonat fut consulté pour une jeune femme affectée d'hydropisie enkystée de l'ovaire, et chez laquelle divers traitements médicaux avaient été sans résultat aucun ; la maladie faisait des progrès incessants, et la tumeur occupait déjà une assez grande partie de la cavité abdominale. L'exploration par le vagin apprit que le kyste y faisait une saillie notable et que dans ce point la fluctuation y était manifeste.

Une ponction y fut pratiquée et permit l'évacuation de la totalité du liquide. Mais le grand tort qu'on eut dans cette circonstance, c'est de n'avoir pas laissé assez longtemps demeurer la canule du trois-quarts dans l'intérieur de la poche, de manière à laisser libre au dehors l'issue du liquide toutes les fois qu'il s'en reproduirait. On aurait ainsi favorisé la formation d'une espèce de fistule, analogue aux fistules vésico-vaginales, et qui me paraît indispensable pour mener le malade à une guérison complète. Il paraît en effet que la guérison ne fut pas radicale, et que la maladie se reproduisit ultérieurement.

3^e cas. Angélique Vincent, 26 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet 1838, s'aperçut, il y a six ans, qu'elle avait dans le côté droit du ventre une tumeur grosse comme le poing, indolente et mobile. Depuis cette époque le mal a toujours été en augmentant, de manière qu'aujourd'hui le ventre, uniformément distendu, est plus volumineux que dans une grossesse à terme. Matité complète dans toute son étendue, excepté à l'épigastre. Fluctuation évidente dans tous les sens. On ne peut atteindre la fluctuation par le vagin ou le rectum, mais elle est très-évidente immédiatement au-dessus du pubis.

Le 23 juillet, M. Récamier pratiqua de la manière suivante l'opération à laquelle j'assistai moi-même (1).

Une ponction, avec un trois-quarts courbe, long de 18 pouces, fut pratiquée sur la ligne médiane, de manière à traverser la portion moyenne du kyste. On évacua les quatre cinquièmes du liquide qu'il contenait ; puis, réintroduisant la lame de l'instrument dans la canule, M. Récamier dirigea le trois-quarts de la main gauche, de manière à ce que son extrémité (dépourvue de la pointe) vînt se placer dans le cul-de-sac post utérin du péritoine ; et là après avoir saisi avec les deux doigts de la main droite le col de l'utérus qu'il ramena en avant, et avoir constaté qu'il n'existait aucun organe interposé entre l'extrémité de la canule et ses doigts, il fit brusquement pousser par un aide la lame du trois-quarts, de manière à traverser la paroi postérieure du vagin dans l'espace circonscrit par ses deux doigts. — Une seconde canule fut adaptée à la première, de manière à former un quart de cercle : une sonde en gomme élas-

(1) Traité de pathologie, méd. et de thérapeutique, t. II, p. 72.

(1) Voir, pour plus de renseignements, Revue méd., 1839, t. I, p. 10.

tique fut bientôt placée, à la place de celle-ci, par l'orifice vaginal du kyste. M. Récamier se proposait, s'il l'avait jugé convenable pour ce cas particulier, d'agrandir avec un bistouri boutonné l'orifice vaginal du trajet que l'on venait de faire parcourir à l'instrument, de manière à favoriser encore davantage l'issue du liquide en établissant une sorte de fistule artificielle. — On retira neuf litres de sérosité incolore, et un bandage compressif fut appliqué sur l'abdomen.

La malade se trouva assez bien jusqu'au 28 juillet où survinrent des symptômes de péritonite, dont un traitement sage et énergique ne put enrayer la marche. — A cet accident se joignirent bientôt une hémorrhagie intestinale, une angine pseudo-membraneuse, puis une pneumonie, et à la suite de toutes ces complications, la mort de la malade qui eut lieu le 12 septembre près de 20 jours après l'opération. A l'autopsie, on constata que le *kyste* était adhérent à la vessie et aux différents viscères environnants. Sa cavité était remplie de gaz fétides, et d'une assez grande quantité de bouillie purulente. — Il existait une communication à la vérité assez petite entre lui et le colon ascendant, et une portion du sac présentait un épaississement comme squirrheux. — Il est évident pour tout le monde, que dans ce cas particulier, sans ces fâcheuses complications survenues à une époque où l'on avait tout lieu de croire la guérison certaine, la malade aurait sans doute pu survivre à son opération et guérir d'une manière complète, quoique la double ponction qui a été faite au péritoine ait dû ajouter encore à la gravité de l'opération en donnant plus de chances pour le développement d'une péritonite.

4e cas. Le sujet de cette observation est une femme de 35 ans, entrée à l'hôpital Cochin dans les premiers jours de septembre 1839, d'une assez bonne constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé. Depuis plusieurs mois elle s'aperçoit du développement d'une tumeur dans le côté droit de l'abdomen, dont les progrès ont été assez rapides, de telle sorte qu'aujourd'hui à voir le développement de son ventre, on pourrait la supposer enceinte de 8 à 9 mois; on constate d'ailleurs tous les symptômes d'une hydropisie enkystée de l'ovaire droit; et le kyste paraissant uniloculaire on se décida à pratiquer une ponction par le vagin, après toutefois s'être assuré que la fluctuation quoique obscure était cependant perçue à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin pendant que l'on percutait la partie supérieure de la tumeur.

Un trois-quarts courbe analogue à celui dont on se sert pour la ponction de la vessie, fut enfoncé (la concavité regardant en haut et en avant) en arrière et un peu à droite du museau de tanche, et traversant ainsi la paroi postérieure du vagin, il arriva dans l'intérieur du kyste; on put dès lors évacuer une très-grande quantité d'un liquide rougeâtre et un peu visqueux. — Puis on crut devoir retirer la canule métallique pour la remplacer par une sonde en gomme élastique; mais on dut bientôt se repentir de cette tentative; car elle fut on ne peut plus laborieuse, le kyste était en effet revenu sur lui-même comme on le comprend bien, et dès lors son orifice ne correspondait plus exactement à celui du vagin. — Enfin on finit par arriver dans son intérieur, ce que l'on reconnut à l'écoulement qui ne tarda pas à se faire par la sonde. Mais le lendemain de cette opération, c'est-à-dire le 6 septembre, la sonde qui se trouvait obstruée par de la matière visqueuse fut changée de nouveau. — C'est alors qu'il fut de toute impossibilité d'en faire pénétrer une autre à sa place, et malgré l'habileté de M. Michon, on ne put arriver jusque dans l'intérieur du *kyste*.

On se décida dès lors à enfoncer de nouveau le trois-quarts par l'ouverture du vagin, jusqu'au kyste lui-même, de manière à pouvoir se frayer ainsi une nouvelle voie jusqu'à sa propre cavité. Mais par malheur, soit que le kyste revenu sur lui-même n'occupât pas la même position, soit que l'instrument ait été enfoncé dans une fausse direction, toujours est-il que l'extrémité de la canule se trouva libre et resta logée dans la cavité péritonéale. Comme on le comprend facilement, une violente péritonite ne tarda pas à se manifester, et la malade succomba six heures après.—L'autopsie démontra outre la fausse route qu'avait suivie la canule, une dégénérescence squirrheuse de la partie inférieure des parois du kyste.

Tout en déplorant la terminaison fatale d'une opération qui paraissait aussi simple par *elle-même*; on a lieu de regretter que la canule *métallique n'ait pas* été fixée à demeure tout d'*abord; car il est évident* que dans cette seconde tentative de ponction qu'on a été obligé de faire, la maladie aurait eu un beaucoup plus grand nombre de chances en faveur de sa guérison. — Nous profiterons donc de cet accident pour dire en terminant qu'une fois la ponction faite et le liquide évacué, on fixera la canule du trois-quarts à demeure dans le kyste pendant un temps assez considérable; et ce ne sera que beaucoup plus tard, qu'on pourra rationnellement agiter la question de son renouvellement (1).

---

(1) Il est des circonstances spéciales qui peuvent gêner singulièrement, et parfois même rendre impossible la ponction par le vagin, le prolapsus de l'utérus, la présence de certains corps fibreux, etc. Je me demande si dans ce cas on ne pourrait pas, se fondant sur les rapports si souvent immédiats du kyste et du rectum (rapports tels que souvent on perçoit la fluctuation par cette voie) attaquer le

Digitized by Google

Conclusions. — 1° L'hydropisie enkystée de l'ovaire est plus fréquente chez les femmes mariées, et qui ont eu un plus ou moins grand nombre d'enfants, que chez celles qui vivent dans le célibat.

2° Elle est plus fréquente après la cessation naturelle du flux menstruel qu'avant cette époque..

3° Les causes efficientes de cette maladie sont encore enveloppées de la plus profonde obscurité.

4° On a remarqué une fréquence plus considérable à droite qu'à gauche.

5° Son diagnostic ne peut guère être établi d'une manière positive qu'à une certaine période (deuxième); au delà et en deçà il n'y a que des probabilités.

6° Le kyste peut être simple ou multiloculaire, libre dans le centre ou ayant déjà contracté des adhérences plus ou moins nombreuses.

7° Le traitement devra être, au début, interne ou médical; sudorifiques, diurétiques, mercuriaux, iodures, etc.

8° Le traitement chirurgical se compose : A. de ponctions sur la partie antérieure du kyste, avec ou sans injections émollientes, injections de vin ou de térébenthine, etc.; B. la compression que l'on doit employer comme moyen adjuvant; C. l'incision que l'on a peut-être trop dédaignée; D. l'extirpation qui compte de nombreux succès (1); E. enfin, la ponction vagino-ovarienne qui, toute récente encore, semble appelée à d'heureux résultats, mais en réalité n'en a fourni jusqu'ici qu'un nombre assez restreint.

Ce sera donc aux faits ultérieurs à juger en définitive la valeur d'une opération aussi simple et facile dans son exécution, qu'elle semblerait devoir être efficace dans son résultat.

L'EXPÉRIENCE. — Juillet 1840.

Un mot sur le traitement des ophthalmies actives, par M. le docteur ANDRIEUX, médecin de l'hospice royal des Quinze-vingts.

J'entends avec les auteurs modernes, par le mot ophthalmie, l'inflammation d'une ou de plusieurs des parties constituantes de l'œil; mais sans rejeter absolument la division des ophthalmies en aigues et en chroniques, j'avoue que j'aime mieux les partager en actives et en passives. On aurait grand tort, en effet, de regarder comme aigues toutes celles qui sont récentes, et comme chroniques toutes celles qui durent depuis un certain temps.

Les ophthalmies aigues se présentent avec les caractères d'une inflammation simple; elles demandent le plus souvent à être combattues par les agents de la médication antiphlogistique, ou bien, reconnaissant une cause spéciale, elles *peuvent* réclamer un traitement particulier, qu'elles se traduisent ou non par des caractères spéciaux, question grave dont je ne veux pas m'occuper ici.

Parmi les nombreux moyens employés pour combattre l'ophthalmie active simple, il faut mettre en première ligne les évacuations sanguines.

La saignée générale suffit souvent pour amener la guérison, surtout quand on fait prendre au malade un pédiluve un peu chaud, avec de l'eau de lessive, pendant que le sang coule du bras. Mais il n'est pas rare, après avoir employé la saignée, même d'une manière active, de voir les phénomènes locaux de l'inflammation persister; et la structure de l'œil est si délicate, une altération, même légère, dans la diaphanéité de ses membranes ou de ses humeurs, peut avoir des conséquences si graves, qu'il est de la plus haute importance de combattre le mal pied à pied.

Les anciens avaient une grande confiance dans ce qu'ils appelaient la saignée dérivative; et longtemps la saignée a fait seule les frais de la révulsion et de la dérivation. Quoi qu'il en soit, après beaucoup de controverses, le plus grand nombre des pathologistes croient à l'efficacité de la saignée pratiquée le plus près possible du siége du mal; ils se conforment au précepte de Celse : « *Mitti sanguis debet, si totius corporis causa sit, ex brachio; si partis alicujus, ex ea ipsa parte aut certe quam proxima* (Celse, *De re Medica*, l. II, chap. X, p. 80). Ce système est fréquemment appliqué dans le traitement de l'ophthalmie active simple, et très-souvent on a recommandé d'appliquer des sangsues très-près de l'œil; mais sur le bord des paupières elles saignent peu; la douleur de leur morsure aggrave souvent l'inflammation qu'elles étaient destinées à combattre. Elles peuvent aussi causer aux paupières un gonflement œdémateux, peu grave quant à ses suites, mais qui, pendant tout le temps qu'il dure, empêche d'examiner l'œil et de connaître les progrès du mal; enfin les morsures s'enflamment souvent et produisent des ulcérations qui laissent des cicatrices indélébiles, et peuvent déformer la paupière. Il ne faut donc jamais appliquer de sangsues sur ces voiles membraneux.

La plupart du temps on évite ces inconvénients

---

kyste par une ponction recto-ovarienne. Je livre cette idée, vierge encore d'application, à la méditation des praticiens.

(1) On pourra suivre le procédé de Récamier, qui cherche à établir des adhérences préalables à l'aide du cautère potentiel, ou bien celui de Bégin, qui veut arriver au même résultat en pratiquant l'opération en deux temps.

Digitized by Google

en les plaçant à la tempe ou derrière l'oreille ; mais alors leur action est très-peu efficace.

Il y a cependant une région voisine de la partie malade qui présente toutes les conditions favorables à la dérivation de l'inflammation et à la déplétion des vaisseaux congestionnés, je veux parler de l'entrée des fosses nasales.

On sait, en effet, que la membrane pituitaire contigue à la muqueuse des voies nasales, présente, avec la conjonctive et toutes les membranes de l'œil, des rapports sympathiques dus à l'origine des vaisseaux qu'elle reçoit et des nerfs qui s'y distribuent ; cette sympathie qui existe entre l'œil et la pituitaire a été reconnue de tout temps. Hippocrate en tenait grand compte dans plusieurs de ses pronostics, et plus d'une fois le thérapeutiste a été guidé par elle, quand il a choisi la membrane pituitaire pour voie d'introduction des médicaments.

J'ai donc pensé qu'en produisant une évacuation sanguine aux dépens des vaisseaux de cette membrane, on pourrait obtenir un dégorgement plus complet dans les cas d'ophthalmie, et j'applique alors les sangsues dans la narine, en ayant soin de les tourner de manière à ce qu'elles mordent près du cornet inférieur. Comme je m'en suis très-bien trouvé dans un grand nombre de cas, j'engage mes confrères à suivre mon exemple, convaincu que leur expérience viendra confirmer ce que j'avance.

Voici le procédé que j'emploie, et dont jusqu'ici je n'ai eu qu'à me louer. Après avoir pratiqué une saignée au bras, si l'inflammation est très-vive et si l'individu est fort, je fais couvrir l'œil de compresses un peu épaisses, imbibées d'eau fraîche à 10 degrés et très-fréquemment renouvelées ; en même temps j'introduis dans la narine du côté malade une sangsue, roulée dans un linge qui sert à la tenir, et l'entoure de manière que sa tête seule soit libre et puisse être facilement portée sur la paroi externe de la narine, et le plus haut possible ; dès qu'elle a piqué, j'en place de la même manière deux autres au-dessous d'elle. Ces sangsues se remplissent vite ; dès qu'elles tombent, le sang coule avec assez d'abondance ; pendant qu'il s'écoule goutte à goutte, j'applique trois autres sangsues, qui, stimulées par le sang, prennent très-vite, se gonflent et tombent de même, et rendent l'écoulement du sang beaucoup plus actif. En faisant aspirer de l'eau tiède par la narine, pour empêcher le sang de se coaguler et pour entraîner les caillots qui se forment, je rends la perte du sang aussi abondante que je le désire. Quand le sang s'arrête, le malade prend un bain de pieds avec de la lessive, qui, un peu plus que tiède en commençant, est graduellement réchauffée jusqu'à ce que ses pieds soient rouges et un peu douloureux. Cette manière d'agir produit assez souvent la syncope ; mais, même quand elle ne va pas jusque-là, elle fait presque toujours cesser le travail inflammatoire dont l'œil était atteint, puissamment secondée par l'action de l'eau froide que je fais toujours continuer pendant trois ou quatre heures, après la chute des sangsues, afin qu'il n'y ait pas de réaction.

Les sangsues appliquées de la sorte ont, sur les phlegmasies oculaires, un effet beaucoup plus prompt et plus marqué qu'à la tempe, derrière l'oreille, ou à la nuque, comme on le fait le plus ordinairement. On conçoit, en effet, que les piqûres de la pituitaire qui saignent abondamment dégagent promptement l'œil, tandis que les applications réfrigérentes s'opposent à ce que cet organe soit le siége d'une nouvelle congestion.

Bulletin de thérapeutique.—Juillet 1840.

Sur la pourriture d'hôpital à Saint-Louis, et sur l'influence atmosphérique locale qui peut en être la cause ; par M. Devergie.

Mon cher confrère, la pourriture d'hôpital ne s'est pas seulement montrée dans le service de M. Jobert, elle a atteint deux malades de mes salles. L'un d'eux, couché salle Saint-Jean, n° 36, était un scrofuleux qui avait des engorgements des glandes inguinales inférieures de la cuisse droite, avec abcès multiples. La poudre de quinquina et de charbon, à parties égales, arrosée de suc de citron, a arrêté les progrès de cette affection.

L'autre malade, n° 16 de la salle Saint-Louis, avait un lupus ulcéré qui comprenait la moitié supérieure de la joue gauche, y compris la paupière inférieure, et une partie du front et de la joue droite. Des tubercules et des ulcérations étaient çà et là disséminés. Des applications du caustique de Canquoin détruisirent les indurations de la joue droite, mais les ulcérations de la joue gauche résistèrent à l'emploi de ce moyen, ainsi qu'à la pommade iodée, au chlorure de soude, à l'eau iodée, et à divers autres moyens. Bientôt les plaies s'enflammèrent, leur surface prit une teinte d'un gris jaunâtre, la suppuration devint abondante, des pustules ulcéreuses se développèrent au cou et derrière l'oreille. Les ulcérations de la face s'étaient toutes réunies, et la presque totalité de la joue ne formait qu'une seule et même plaie. En vain j'avais fait employer la poudre de quinquina et de charbon associée au jus de citron, moyen que Dupuytren mettait si fréquemment en usage pour arrêter les progrès de la pourriture d'hôpital.

Des applications de nitrate acide de mercure, étendu de son poids d'eau, ont triomphé du mal dans l'espace de six jours ; le lupus a été détruit,

Digitized by Google

les plaies se sont cicatrisées avec une rapidité vraiment surprenante, et aujourd'hui la guérison du malade est presque complète : il ne lui restera qu'un ectropion considérable, provenant de la destruction de la peau de la paupière inférieure et du rapprochement des lèvres de la plaie pendant la cicatrisation. La production des boutons charnus a été si rapide, que, dans plusieurs points, j'ai été obligé de les toucher avec le nitrate d'argent.

C'est avec raison que vous vous demandez s'il n'existerait pas quelque influence atmosphérique locale qui développerait la pourriture d'hôpital à Saint-Louis, dans certaine saison de l'année. Cette influence ne s'est pas seulement fait sentir par le developpement de l'affection qui nous occupe ; j'ai remarqué que, depuis un mois, plusieurs de mes malades, affectés de dartres de diverse nature, avaient été pris de malaise, d'inappétence, de fièvre; que chez ceux où cet état général s'était développé, le retour à la santé était imparfait. L'individu affecté d'*impetigo* suivi de variole, que vous avez cité dans le dernier numéro de votre journal, n'a pu se rétablir ; j'ai été obligé de le renvoyer en ville pour terminer sa convalescence. Un malade affecté de *lepra vulgaris*, ayant été pris de scarlatine à peu près à la même époque, son affection squammeuse a disparu, mais il est resté une fièvre lente et une maigreur qui m'ont fait craindre un moment pour la vie du malade ; j'en ai aussi prescrit la sortie. Chez un autre individu affecté de *poriasis*, traité par la solution de Fowler, des accidents généraux se sont montrés, et ont persisté avec assez d'intensité pour que le malade ait considérablement maigri, et que je me sois déterminé à lui faire quitter l'hôpital. Un vieillard de la salle Saint-Louis, qui est entré pour être traité d'un *eczéma* à la jambe, a été pris aussi d'accidents généraux, suivis bientôt du développement d'un érysipèle qui a successivement envahi la presque totalité du corps; il est encore à l'hôpital, et les toniques seuls paraissent apporter quelque amélioration dans son état.

Et cependant il est impossible d'avoir des salles plus spacieuses, mieux aérées et plus belles que celles de mon service; les lits y sont placés à distance, sans aucun encombrement ; les salles ont au moins dix mètres de hauteur.

Ce qui vient à l'appui de la cause hygiénique que vous indiquez, les émanations de Montfaucon, c'est que la même influence se serait fait sentir dans la partie est, nord et ouest de l'hôpital, c'est-à-dire dans tous les points qui peuvent recevoir plus directement les émanations qu'amènent les vents du nord. J'ai cru devoir vous adresser ces quelques observations.

(IBIDEM.)

Quatre observations d'hémorrhagie utérine après l'accouchement, arrêtée par la compression de l'aorte abdominale; par MM. les docteurs DUCHESNE-DUPARC, BRAIVE, LABBAUD et PAYEN, médecins à Paris.

Première observation. (M. DUCHESNE-DUPARC.)

Au mois de novembre 1833, époque où j'étais élève interne à l'hôpital Saint-Louis, je fus appelé pour une femme qui se trouvait dans la salle des femmes en couches, et qui, aussitôt après l'accouchement, fut prise d'une hémorrhagie considérable : voici dans quelles circonstances.

Après la naissance d'un enfant volumineux, l'expulsion du délivre ne fut suivie que d'une petite quantité de sang; trois quarts d'heure après, on vint me prévenir que l'accouchée avait une perte de sang. En effet, je la trouvai pâle, tremblante et baignée dans son sang : les matelas en étaient traversés, et de plus, on en voyait, sous le lit, une assez grande quantité. Le pouls était faible, et l'utérus à peine revenu sur lui-même.

Je fis aussitôt coucher la femme horizontalement, et j'employai les affusions d'eau froide, l'introduction de la main dans l'utérus, puis celle d'un citron dépouillé de son écorce. L'hémorrhagie ne cessa pas. Ce fut alors que je me rappelai la compression de l'aorte abdominale, conseillée par M. L. Baudelocque; je ne balançai pas à l'employer, et le résultat fut des plus rapides et des plus heureux. Dix minutes après, les accidents avaient disparu, et l'utérus était revenu sur lui-même. J'ai continué la compression de l'aorte pendant vingt minutes environ.

Je dois ajouter qu'aucun accident n'est survenu pendant les couches, mais que l'accouchée fut longtemps à reprendre ses forces.

Deuxième observation. (M. BRAIVE.)

Le 8 septembre 1836, une dame âgée de trente-quatre ans, grande, forte et bien constituée, accoucha naturellement après quelques heures de douleurs ; vingt minutes environ après la naissance de l'enfant, quelques coliques eurent lieu, et le placenta entier fut chassé au dehors. Je crus, quelques instants après, sentir, malgré l'embonpoint de l'accouchée, l'utérus dur et contracté; je me disposais à faire porter l'accouchée dans son lit, lorsqu'elle me dit qu'elle se sentait défaillir. En effet, son visage était devenu pâle, son pouls vif et intermittent, sa peau froide et légèrement humide de sueur. Je palpai le ventre avec plus d'attention, et je reconnus facilement que l'utérus, mou et distendu, remontait jusqu'au niveau de l'ombilic. Je

Digitized by Google

me hâtai d'introduire la main dans la cavité de cet organe, et fis l'extraction d'une grande quantité de caillots. J'appliquai sur le ventre des serviettes imprégnées d'eau froide vinaigrée; j'administrai en deux doses très-rapprochées trente grains de seigle ergoté. Pendant quelques instants, l'utérus me sembla revenir sur lui-même, mais cet espoir fut de courte durée, et, malgré la persévérance des moyens ci-dessus indiqués, l'utérus se remplit de nouveau, et les symptômes généraux (syncope, refroidissement des extrémités, petitesse et irrégularité du pouls) augmentèrent d'une manière effrayante : alors je fis demander mon confrère, M. le docteur Lesaulnier. Après l'avoir instruit des accidents qui étaient survenus et des moyens que j'avais employés, je fis de nouveau l'extraction de caillots; une main dans la cavité de l'utérus et l'autre sur les parois abdominales, je cherchai à exciter l'organe et à déterminer des contractions. M. Lesaulnier me proposa alors d'essayer la compression de l'aorte tout en continuant, l'usage des autres moyens. L'état de la malade ne nous laissait plus d'espoir, et nous l'avions dit à son mari. Nous éprouvâmes d'abord quelques difficultés à trouver l'aorte, à cause de l'épaisseur des parois abdominales; mais enfin nous parvînmes à la sentir bien distinctement. Pendant que M. Lesaulnier comprimait cette artère, j'explorai avec soin le pli de l'aine de chaque côté, et ne découvris aucun battement des artères fémorales. Pendant la première heure, l'utérus n'augmenta pas bien certainement de volume, mais il formait toujours une tumeur molle et complétement insensible à des pressions énergiques. Nous continuâmes ainsi la compression de l'aorte pendant près de trois heures. Ce temps écoulé, l'utérus était devenu dur et sensible au palper à travers les parois du ventre. Je fis encore continuer pendant cinq ou six heures les applications froides. Vers minuit (l'accouchement avait eu lieu à une heure de l'après-midi), le visage se colora, le pouls, quoiqu'encore très-faible et mou, était devenu régulier, la température de la peau bonne; la faiblesse, suite de la perte de sang, se prolongea assez longtemps, et ne céda qu'à l'usage soutenu d'une nourriture fortifiante.

Troisième observation. (M. Larbaud.)

Au mois d'août 1836, étant à ma campagne, dans le département de l'Allier, un cultivateur vint me prier de donner mes soins à sa femme, qui, dit-il, se mourait. Je me rendis immédiatement auprès d'elle : c'était une femme de quarante-cinq ans environ, d'une forte constitution. La perte de sang qu'elle éprouvait depuis plusieurs jours, et qui provenait sans doute d'une fausse-couche, ne l'avait pas empêchée de se livrer aux travaux des champs; mais quand j'arrivai près d'elle, elle avait une perte de sang tellement copieuse, que le pouls était à peine sensible; ses lèvres étaient pâles, ses yeux caves; elle ne répondait plus aux questions qu'on lui adressait; enfin elle présentait l'aspect d'un cadavre. Je me rappelai alors que M. L. Baudelocque avait, en pareil cas, employé la compression de l'aorte abdominale, je me décidai à l'opérer de suite. Un quart d'heure après la malade avait recouvré un peu de forces, et me dit qu'elle ne perdait presque plus de sang. Me trouvant alors malade et dans l'impossibilité de continuer la compression de l'aorte, je me fis suppléer par le mari de cette femme; mais la compression qu'il exerçait était douloureuse; alors je la fis de nouveau aussi longtemps que cela me fut possible : elle dura deux heures. Trente heures après la malade eut quelques vomissements; mais, du reste, les suites de couches furent heureuses. Cette femme reprit ses travaux un mois après.

Je pense que cette malade aurait succombé si je n'avais appris que M. Baudelocque avait exercé avec succès la compression de l'aorte, dans des cas où la vie des femmes accouchées était en grand danger.

Quatrième observation. (M. Payen.)

Une dame primipare, de faible constitution, réglée tard, difficilement, et après l'usage des ferrugineux, ayant conservé une menstruation irrégulière, accoucha naturellement le 11 décembre 1838. La délivrance fut spontanée; peu d'instants après, hémorrhagie externe et interne, affaiblissement, position inclinée du siége vers les épaules, applications froides, introduction de la main pour déterminer les contractions utérines et enlever les caillots. L'inertie persiste, la perte continue, et de temps en temps l'utérus se contracte passagèrement, et lance un jet énorme; syncopes, pâleur extrême, pouls filiforme, tintements d'oreilles, etc. Compression de l'aorte environ un quart d'heure après le commencement de l'hémorrhagie; engourdissement des membres abdominaux, absence de pulsations aux artères crurales. Deux prises, de 12 grains chaque, de seigle ergoté. Après une demi-heure, le mari me remplace dans la compression; l'hémorrhagie reparaît. Je comprime de nouveau, elle cesse pour reparaître, lorsque le mari essaie encore de me suppléer. Enfin, après avoir comprimé trois heures, donné du bouillon et du vin à la malade, je cesse la compression, et j'applique sur l'utérus des serviettes ployées, soutenues par un bandage de corps très-serré; l'hémorrhagie ne se renouvelle pas.

Une heure après, M. L. Baudelocque voit l'accouchée; il est d'avis d'enlever l'appareil de com-

Digitized by Google

pression, ce qui est fait; conseille de donner un lavement de bon vin : l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Les suites de couches ont été naturelles; cette dame est parfaitement rétablie.

GAZETTE DES HÔPITAUX.—Juillet 1840.

Blessure de l'artère brachiale guérie à l'aide de la compression; par M. PHILIPS.

Un individu est saigné pour une affection de poitrine; l'artère brachiale est lésée, hémorrhagie abondante. On applique une compresse sur la plaie, et un bandage depuis l'épaule jusqu'aux doigts. Le membre est maintenu dans le repos pendant quinze jours. Pas de réaction ni de gonflement. Au bout de ce temps, l'appareil est ôté; on sent des pulsations artérielles à l'endroit de la blessure, mais sans tumeur. Il n'est rien survenu par la suite, et le malade s'est servi de son bras. Cinq semaines plus tard, l'individu meurt de l'affection de poitrine pour laquelle on l'avait saigné.

A l'autopsie du membre, on trouve une légère effusion de sérum aux environs de la ponction, une cicatrice à la paroi postérieure de la veine; tissu cellulaire entre l'artère et la veine fort épaissi et glissant sous les doigts; orifice antérieur de l'artère du diamètre d'une ligne environ, rempli d'un bouchon de lymphe apparemment organisée, analogue à un petit coagulum; les bords de l'orifice sont écartés, évasés; le calibre de l'artère et de la veine sont libres comme dans l'état normal.

« Dans ce cas, dit l'auteur, la guérison n'a pas eu lieu par formation d'un caillot en dehors de l'artère, et d'une effusion de lymphe entre les bords de la plaie; car, bien que, sans doute, une extravasation avait eu lieu dans le tissu cellulaire, produisant l'épaississement existant entre l'artère et la veine, néanmoins cette extravasation n'avait agi qu'en favorisant la formation d'un bouchon de lymphe dans la plaie de l'artère. Ce bouchon n'offrait pas les apparences de lymphe coagulable sécrétée entre les bords de la plaie, car ceux-ci étaient évasés; il avait, au contraire, tous les caractères d'un coagulum sanguin formé aux dépens du courant du sang sortant par la piqûre. J'ai vu dans des maladies du cœur des caillots adhérents à la tunique séreuse, s'organiser, et former ainsi de véritables bouchons qui auraient pu sans doute boucher la partie solidement. Je pense que si l'individu eût vécu, le caillot qui bouchait la blessure aurait donné lieu à une guérison solide. Cela démontre qu'il ne faut pas se hâter d'opérer dans les cas de cette nature. Je connais deux autres cas analogues qui se sont terminés heureusement par la compression et le repos. Le seul emploi de la compression sur la plaie ou au-dessus n'est utile que comme un moyen temporaire; il devient bientôt insupportable, et si l'on persistait dans son usage, il pourrait avoir des conséquences graves. C'est ce que j'ai observé dans un cas, le membre étant devenu prodigieusement œdémateux et dans un tel état de complication à ne pas permettre l'opération. Dans un cas que j'ai soigné, il s'agissait d'une blessure de la tibiale postérieure par un coup de faulx (scythe-wound); on avait essayé la cure à l'aide de la compression au-dessus. La plaie était sordide (sloughy), et le patient tellement épuisé par les hémorrhagies répétées, qu'il était sur le point de succomber. J'ai lié l'artère au-dessus et au-dessous à l'endroit de la plaie, et la guérison a eu lieu. En conséquence, si la compression doit être essayée dans les blessures de l'artère brachiale, et je crois qu'elle doit l'être, elle doit être dirigée dans le but et de manière seulement à diminuer le courant du sang artériel, sans pourtant gêner le cours du sang veineux qui donnerait lieu à l'œdème.

(*London Med. Gazette,* mai 1840.)

— Bien que l'opinion des chirurgiens soit que les blessures de la brachiale au pli du bras ne sont jamais mieux guéries que par la ligature, les faits qui infirment cette pratique, trop absolue peut-être, se multiplient de jour en jour. Il y a déjà plus de vingt ans que Latta, et après lui Monteggia, s'étaient élevés contre la trop grande extension du précepte en question. Ils avaient établi que dans une saignée malheureuse la conduite la plus sage était de tenir le membre dans un repos absolu, au lit, et après avoir arrêté le sang laisser le membre sans presque aucune compression, et placé de manière, sur un oreiller, que la main se trouvât plus élevée que le coude; de traiter en même temps la constitution antiphlogistiquement par des saignées répétées. La diète, les boissons acides et les autres moyens contro-stimulants connus, capables d'affaiblir l'action du cœur. Ces chirurgiens ont soutenu, ce que l'expérience a confirmé depuis, savoir : qu'on peut espérer plus facilement l'oblitération du vaisseau divisé par ce traitement, aidé ou non du tourniquet pour les premiers moments, que par celui qu'on recommande communément et qui consiste dans l'emploi des différents bandages spéciaux décrits par les auteurs.

Latta et Monteggia disaient avec raison que si la médication qu'ils proposaient ne guérissait pas toujours solidement la maladie, elle la simplifiait au moins et préparait une heureuse issue à la ligature qu'on pourrait toujours pratiquer plus tard, tandis que la compression aggravait au contraire la lésion en la compliquant d'une réaction phlegmoneuse le

Digitized by Google

plus souvent. Des vessies pleines de glace, ou des fomentations d'eau fraîche ou saturnine étaient en même temps prescrites par ces chirurgiens sur la localité, moins comme remède astringent que comme moyen réfrigérant et préventif de l'inflammation.

Une question cependant se présente : la guérison obtenue par l'expectation vaut-elle celle qu'on obtient par la ligature ? Sans doute que si l'on n'envisageait la chose que sous ce point de vue, la réponse ne dût être négative, puisqu'il est prouvé qu'une guérison de blessure artérielle sans oblitération du canal n'est pas aussi solide que celle dans laquelle le calibre vasculaire est oblitéré. Mais si l'on veut considérer la question sous un point de vue plus général, si l'on veut comparer les avantages et les inconvénients de l'une et de l'autre méthode, l'on trouvera une prépondérance marquée en faveur de la pratique de Latta et Monteggia. Cette prépondérance est d'autant mieux basée qu'elle n'empêche pas d'en venir au besoin à la ligature. La ligature offre d'autant plus de chances favorables, qu'on s'éloigne de l'époque de la blessure. On peut avoir plus tard un anévrysme dont la guérison sera plus facile et plus sûre que si on allait lier primitivement l'artère sur le lieu de la lésion.

Gazette des Hôpitaux.—Juin 1840.

Anévrysme variqueux, produit par la présence d'une balle dans la veine jugulaire interne; observation communiquée par M. Joret, D. M. P., médecin des prisons de Vannes.

M. O., âgé de 35 ans, commis à cheval des contributions indirectes, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une constitution forte, d'un tempérament nervoso-sanguin, avait joui jusqu'alors d'une santé parfaite.

Le 2 mai 1835, à la suite d'une dispute avec un de ses amis, un cartel fut proposé et accepté. On se rendit sur le terrain. Les deux adversaires, placés à trente ou trente-cinq pas au moins, étaient armés chacun d'un pistolet dit de poche, chargé jusqu'à la gueule, et renfermant une balle de petite dimension.

Le sort favorisa l'adversaire de M. O., et, au premier coup de feu, ce dernier fut atteint, il chancela sans tomber, et eut la force de tirer sur M. R., son adversaire qui ne fut pas touché.

Un de mes confrères, M. le docteur Mauricet, et moi fûmes mandés et nous nous rendîmes aussitôt sur le lieu du combat. Nous trouvâmes le blessé assis, rendant beaucoup de sang par la bouche et par les fosses nasales. Nous le fîmes aussitôt transporter chez un de ses amis. M. O., soutenu par deux bras, fit à pied un trajet d'un quart de lieue environ, malgré l'hémorrhagie, qui n'avait pas cessé pendant toute la route; le malade n'était pas abattu. Nous le plaçâmes dans une chaise, et procédâmes aux recherches nécessaires pour l'extraction du corps étranger.

La balle avait pénétré à travers l'os maxillaire supérieur du côté droit, traversé les fosses nasales, en brisant le vomer, mais sans endommager le voile du palais, et était sortie près de l'apophyse ptérygoïde, du côté opposé, pour pénétrer derrière l'amygdale gauche, entre l'artère carotide interne et sa veine satellite, la jugulaire.

A l'extérieur, et du côté gauche du cou, on n'apercevait pas de tuméfaction. En introduisant l'indicateur jusque dans l'arrière-bouche, on sentait derrière l'amygdale gauche un gonflement présentant de la résistance d'abord, et cédant ensuite sous le doigt qui le pressait. En introduisant une sonde par les fosses nasales, on arrivait, mais avec moins de facilité, sur la grosseur en question, et on trouvait toujours un corps mou et lisse, la muqueuse et les tissus sous-jacents interposés entre la balle et le doigt.

Après ces premières tentatives, nous eûmes recours à un tire-balle très-mousse, très-long, qui fut introduit par l'entrée de la blessure, et pénétra avec facilité sur la balle elle-même. M. Mauricet d'abord, et moi après, nous constatâmes parfaitement la présence du corps étranger. Le malade s'écria : « Vous y êtes; c'est bien la balle, je la sens. »

Comment s'y prendre pour procéder à l'extraction? Notre instrument, arrivé au fond de la plaie, ne pouvait plus s'ouvrir; il ne nous servait que comme une tige métallique conductrice de la sensation que nous percevions.

L'indicateur de la main gauche placé dans l'arrière-bouche et une sonde dans la narine gauche, nous essayâmes d'ébranler la balle et de la précipiter; nous ne pûmes y parvenir.

Nous n'ignorions ni la direction de la blessure, ni la situation de la balle. Nous étions incertains seulement si la carotide avait été lésée, et en faisant une contre-ouverture à la partie supérieure et latérale gauche du cou, nous avions trop de parties molles à traverser, trop de dangers à courir. Le malade perdait toujours du sang par les narines et par la bouche; nous lui fîmes une première saignée du bras de quatre palettes environ, et nous nous résolûmes à l'expectation, pensant qu'à l'époque de la suppuration nous pourrions plus facilement extraire ce corps étranger, en cherchant à le précipiter, comme nous l'avions déjà tenté. (La suite prouvera plus tard la prudence de notre conduite.)

La plaie fut pansée à plat, et le soir nous revîmes

Digitized by Google

le malade. Il conservait toute sa connaissance; l'hémorrhagie avait cessé; le pouls était fort et fréquent; M. O. se plaignait d'une céphalalgie intense. Une seconde saignée de quatre palettes fut décidée et pratiquée sur-le-champ.

Le lendemain, 3 mai, le malade avait dormi une partie de la nuit. Le pouls, quoique fréquent, était mou et déprimé, la céphalalgie existait, mais avec moins d'intensité que la veille; la langue était naturelle; le malade conservait une soif assez vive, et accusa dès cet instant la perception d'un battement à la partie supérieure et latérale gauche du cou, à l'endroit où était logée la balle. Depuis lors, ce battement n'a pas disparu; il était isochrone avec le battement du pouls.

Le repos, la diète et la limonade furent la seule médecine à laquelle nous restreignîmes M. O. pendant les premiers jours de son accident.

Le quatrième jour, la suppuration avait commencé, nous fîmes alors de nouvelles recherches pour extraire la balle; mais nous ne la retrouvâmes plus dans l'endroit où nous l'avions sentie primitivement. Nous dirons plus tard où elle s'était logée.

Tous les jours, le pansement de la plaie était renouvelé.

Après la première quinzaine, la cicatrice commençait a se former; notre malade mangeait de la bouillie et des soupes. Il se plaignait toujours de céphalalgie et de bourdonnements de tête, principalement à gauche, lorsque nous nous aperçûmes qu'il était louche. Nous attribuâmes tout d'abord ce strabisme au monocle que nous avions mis en usage pour le pansement de la plaie; mais, à dix ou douze jours de là, le malade ayant toujours gardé intactes ses facultés intellectuelles, entrait en pleine convalescence, en conservant toujours ce strabisme, devenu moins sensible, à la vérité, que dans le principe, mais existant encore à un assez haut degré. Depuis, il n'a jamais disparu.

Dans la première quinzaine de juin, cinq à six semaines après l'accident, notre malade voulant se livrer à quelques travaux intellectuels, s'aperçut qu'il avait un peu de difficulté à rallier ses idées; il écrivit cependant, et même des lettres très-bien dictées. Il se promenait, causait, discutait souvent avec acharnement.

Au mois d'août de la même année, il part pour la campagne, fait des courses à cheval, se livre même aux exercices de la chasse; il sentait toujours des battements au haut de la partie latérale gauche du cou, mais il dormait et mangeait bien. Enfin, dans une de ses excursions, il fit une chute de cheval, tomba sur la tête et eut beaucoup de peine à remonter en selle. Arrivé chez lui, il ne parle d'abord à personne de cet accident; il craignait d'alarmer sa famille. Ce jour-là, la céphalalgie était plus intense et il ressentait de plus forts battements au cou.

Le lendemain, et les jours qui suivirent, ces accidents nouveaux se calmèrent un peu, et notre malade reprit sa vie habituelle.

Trois semaines après cette chute de cheval, M. O., rencontrant un de ses amis, l'arrêta pour lui parler; quel fut son étonnement! il ne trouvait pas d'expression pour traduire sa façon de penser. Les symptômes cérébraux étaient revenus tout à coup plus intenses que jamais. Il fut reconduit chez lui, on envoya chercher un médecin qui lui fit une copieuse saignée, et tout rentra encore une fois dans l'ordre.

Au mois d'octobre suivant, ces mêmes symptômes ayant reparu, le malade étant toujours à la campagne ne fut pas saigné. Son état, sans s'aggraver, persista plusieurs jours, au bout desquels il reprit assez de connaissance, assez de force intellectuelle pour noter avec beaucoup de soins tous les détails concernant sa position. C'est alors qu'il partit pour Rennes, où il consulta M. Pineau et plusieurs de ses confrères. Tous ces messieurs furent d'accord et constatèrent un anévrysme variqueux. On conseilla au malade des applications de sangsues au cou et des saignées générales. Aucun d'eux ne parla d'opération.

De retour à Vannes après trois mois d'absence et six mois après sa blessure, M. O. se crut assez bien pour reprendre son service de commis à cheval. Pendant le premier mois, il ne fut pas trop fatigué de ses courses. Chaque fois qu'il se baissait, cependant, soit pour entrer dans les caves ou pour jauger et marquer une barrique, il éprouvait des étourdissements, sa céphalalgie augmentait; il fut contraint d'abandonner la partie à la fin du second mois. Il lui arrivait encore, parfois, de ne pouvoir ni parler, ni écrire.

Au mois de décembre 1835, M. O. partit pour Paris. A cette époque, le malade était obligé de se faire conduire, il ne marchait plus qu'à pas lents et avait de la peine à parler, non pas qu'il n'articulât pas bien les sons, mais il ne pouvait trouver l'expression qui peignait sa façon de penser. Il n'avait pas perdu la mémoire; il savait parfaitement bien ce qu'il voulait dire, mais, encore un coup, il ne pouvait pas s'exprimer.

MM. Roux et Lisfranc, qui, tous deux, furent consultés séparément, diagnostiquèrent aussi un anévrysme variqueux. Dans l'esprit de M. Roux, il était resté cependant quelque incertitude sur l'existence de l'anévrysme, et c'est pour cela qu'il n'avait pas exprimé *positivement* la nécessité d'une opération; il désirait qu'on attendît que la tumeur avec battement qu'on sentait à la partie supérieure et latérale gauche du cou eût pris un développement un peu

plus considérable, et en même temps un caractère plus prononcé. Dans une lettre que ce célèbre professeur écrivit, au mois d'avril suivant, il ajoute qu'on peut aussi très-raisonnablement penser que le caractère de la tumeur du cou est décevant ou trompeur, qu'il y a seulement saillie de l'artère, par suite de son déplacement ; que ce déplacement tient à la présence du corps étranger, que de la pression exercée par ce dernier sur les troncs nerveux résulte symptomatiquement le trouble fonctionnel du cerveau. Dans cette hypothèse, il n'y aurait rien à faire pour l'extraction du corps étranger, tant que ce corps ne se rapprochera pas de l'extérieur, et ne se fera pas sentir plus ou moins distinctement.

Pour mon compte, j'avoue que pendant longtemps je me suis rangé à ce dernier avis.

Je n'ai pas connu l'opinion de M. Lisfranc comme celle de M. Roux; je sais seulement que M. Lisfranc a conseillé un traitement palliatif; les antiphlogistiques et les soins hygiéniques.

Je reviens à mon malade. Aussitôt après son retour de Paris, M. O. sentit de la faiblesse dans le bras et la jambe droite; il y avait paralysie commençante dans tout ce côté du corps. Ses idées étaient droites, mais les mots pour les rendre arrivaient avec peine. Les pulsations du cou étaient très-fortes ; il y avait aussi ce bruissement qui dénote l'existence de l'anévrysme variqueux. Le malade dormait assez bien et conservait de l'appétit.

A son passage dans notre ville, au mois d'octobre 1836, M. le professeur Roux revit le malade. Cette fois il s'assura parfaitement bien de l'existence de l'anévrysme variqueux, et nous le fit constater par son signe pathognomonique, le frémissement le long de la jugulaire interne. Vu l'aggravation des symptômes cérébraux, il ne conseilla pas l'opération.

Dans l'hiver de 1836 à 1837, le mal s'accrut sur tous les points ; la paralysie devint générale : le malade déraisonnait ; toutes ses idées étaient incohérentes ; ses fonctions digestives se troublèrent plusieurs fois. Il était tombé en un mot dans l'idiotisme le plus complet. Un symptôme que je ne dois pas oublier était une saillie considérable de l'œil gauche avec injection de la conjonctive.

Enfin, au mois de juin 1837, il eut une première attaque épileptiforme. MM. Claret, Mauricet et moi fûmes mandés en consultation. Notre diagnostic fut des plus fâcheux. On fit une application de sangsues le long des jugulaires, et le soir une saignée du bras. Le malade revint un peu à la santé, c'est-à-dire dans l'état que j'ai noté plus haut.

Six semaines ensuite, une seconde attaque de même nature que la précédente eut lieu. Aux moyens qui furent employés précédemment, on ajouta celui des purgatifs drastiques : 6 gouttes d'huile de croton-tyglium furent avalées successivement en 36 heures sans que le malade en éprouvât d'effets purgatifs ; l'intestin était insensible ; ce n'est que le lendemain que M. O. rendit une selle copieuse au moyen d'un lavement de séné et de sulfate de soude. Il se releva encore.

Un troisième accès épileptique reparut en septembre dernier. Tous les moyens ont été mis en usage; cette fois le malade n'en est jamais bien revenu.

Outre une paralysie des membres, il y avait encore une paralysie de la vessie dans les derniers temps, et un catarrhe pulmonaire fort intense qui a duré dix-huit jours est venu mettre un terme à d'aussi longues souffrances, le 23 octobre 1837.

Autopsie faite 18 heures après la mort, en présence de MM. Claret et La Gillardaie, docteurs-médecins.

Ouverture du crâne. Tout le système veineux cérébral est gorgé de sang.

Les meninges examinées avec soin nous présentent une vive injection de tous leurs vaisseaux. Pas d'épanchement, ni de matière gélatiniforme entre l'arachnoïde et la pie-mère, ni entre cette dernière membrane et le cerveau, après avoir enlevé la masse cérébrale et le cervelet.

Dans le sinus latéral droit, on rencontre une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, formée par la dilatation d'une veine, et contenant à l'intérieur un caillot moitié sanguin, moitié fibrineux; un appendice de 68 à 81 millim. termine la tumeur qui était logée dans une des anfractuosités du cerveau qui s'était écarté assez complétement pour la cacher en entier.

Du côté gauche, à l'entrée du trou carotidien, on trouve une tumeur sanguine, formée aussi par la dilatation d'une veine de même texture, de même grosseur, mais étant moins allongée que la précédente et logée comme elle dans un des replis de la substance cérébrale qui, dans cet endroit comme dans l'autre, était parfaitement saine et de consistance normale.

Dans ses deux hémisphères, la substance cérébrale est sablée.

A la partie postérieure du lobe gauche, 9 millim. au-dessus du niveau du corps calleux, 5 millim. au plus au-dessus du ventricule gauche, on rencontre une cavité, de 7 à 9 millim. d'étendue, capable de renfermer une grosse noisette et contenant une demi-cuillerée à café de pulpe cérébrale diffluente. Tout autour la substance du cerveau est ramollie et comme mâchée.

Dans l'hémisphère droit, au-dessus du ventricule du même côté, un ramollissement de même nature et d'une étendue à peu près la même se fait remarquer ; la substance cérébrale qui l'entoure est lacérée. Au-dessous et en arrière de ce dernier ramollisse-

Digitized by Google

ment, on voit un petit épanchement sanguin de 7 millim. de diamètre.

Une grande cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux.

La glande pinéale est à l'état normal.

Le corps calleux, la voûte à trois piliers, les cornes d'Ammon, et tout le reste de la substance cérébrale sont de bonne consistance.

Le cervelet est sain.

Région cervicale. En disséquant avec soin les muscles de la région superficielle et latérale gauche du cou, après avoir enlevé le sterno-cléido-mastoïdien, l'omoplato-hyodien et les trois petits muscles qui prennent attache à l'apophyse styloïde, j'ai scié le maxillaire inférieur près de la symphyse du menton et désarticulé cet os. Nous avons pu séparer alors l'artère carotide et la veine jugulaire interne dans toute leur étendue.

A 51 millim. au-dessous de l'articulation du maxillaire inférieur, précisément derrière l'angle de la mâchoire, nous avons aperçu la balle contenue dans la jugulaire, et ne conservant plus sa forme arrondie, elle présente, comme on peut s'en assurer, une assez large échancrure dans son milieu, échancrure provenant vraisemblablement de son passage à travers les os.

Dans toute sa partie inférieure, la veine a conservé le même calibre et la même texture. Ses parois sont lisses et glissantes.

Dans sa partie supérieure, c'est-à-dire depuis l'endroit où siége la balle jusqu'à la base du crâne, les parois de la veine ont pris la consistance des parois de l'artère à tel point que, sur le cadavre, je ne savais trop comment la distinguer de l'artère elle-même. Ce n'est qu'après avoir enlevé la pièce et l'avoir disséquée, que je me suis assuré de la vérité du fait.

A la sortie du trou carotidien, on aperçoit une poche de la grosseur d'un œuf de pigeon, et formée en entier par la dilatation de l'artère carotide interne. Cette poche renfermait des caillots moitié sanguins, moitié fibrineux. A sa base, elle communique avec la veine jugulaire interne, et là, en cet endroit, la carotide revient à sa dimension et à sa forme ordinaires.

La poche anévrysmale paraît donc supportée sur deux pieds, qui sont l'artère carotide interne et la veine jugulaire, qui se bifurquent à leur sommet, qui lui-même forme la base de l'anévrysme variqueux.

En enfonçant un stylet par la poche de l'anévrysme, on arrive directement dans l'artère carotide interne, et, de là, dans la carotide primitive.

En faisant obliquer à droite le stylet introduit dans la poche anévrysmale, on pénètre aisément aussi jusque sur la balle contenue dans la veine jugulaire interne, où elle est enchâssée par des tissus de nouvelle formation, qui, adhérant aux parois de la veine et au corps étranger lui-même, ne permettent plus à ce dernier d'avancer ni de rétrograder.

La poitrine et l'abdomen n'ont pas été ouverts. Des raisons de famille nous ont privé de faire en entier la nécropsie.

En suivant pas à pas les progrès de la maladie d'O., nous devons arriver insensiblement à l'explication de toutes les lésions trouvées sur le cadavre; par ce moyen, nous verrons encore jusqu'à quel point nous nous sommes écartés ou non d'une saine thérapeutique.

Le 2 mai, jour de l'accident, après des recherches inutiles pour l'extraction de la balle, nous résolûmes d'attendre l'époque de la suppuration pour tenter de nouveau à la précipiter, mais nous ne la retrouvâmes plus à sa première place. Nous avions, ai-je dit, une arrière-pensée que la carotide pouvait être lésée. Que serait-il donc arrivé si, malheureusement, le premier jour, nous avions seulement déplacé cette balle protectrice? Une mort foudroyante aurait frappé notre malade, il périssait entre nos mains; car alors la balle faisait bouchon à l'artère et à la veine qu'elle avait perforées, et une hémorrhagie mortelle eût été la conséquence nécessaire de son déplacement.

Combien de fois depuis me suis-je félicité intérieurement de n'avoir pas poussé nos recherches plus loin! Qu'était devenue la balle le quatrième jour, époque de nos secondes tentatives? Ne peut-on pas avancer en toute confiance que pendant le travail inflammatoire occasionné par la présence de ce corps étranger entre la veine et l'artère, il y a eu coaptation des parois des deux vaisseaux ensemble; qu'après cette réunion immédiate des parois de l'artère avec celles de la veine, la balle, par sa propre pesanteur, est tombée dans la jugulaire, à l'endroit où on la remarque, à 40 millim. environ du lieu où elle avait été lésée et s'y est fixée définitivement.

La balle est tombée dans la veine plutôt que dans l'artère. Cela peut s'expliquer, ce me semble, non pas parce que l'ouverture de l'une des lésions ou de l'un des vaisseaux est plus large que l'ouverture de l'autre, mais bien parce que la veine n'étant pas contractile comme l'artère, ses parois sans être plus lisses en sont plus glissantes.

J'arrive maintenant à la formation de l'anévrysme; voici comment je la conçois :

Le retour du sang étant en grande partie arrêté par la présence de la balle qui ne lui laissait de passage qu'au travers de son échancrure extrêmement petite comparée à la dimension du vaisseau et par conséquent à la colonne de sang veineux qui se rendait au cœur, il en résultait qu'il y avait reflux de ce sang veineux dans l'artère carotide interne. Cette

Digitized by Google

colonne sanguine frappant toujours presque perpendiculairement sur la paroi interne de l'artère a fini par produire une dilatation de cette paroi, et par suite une extension plus considérable. Un jour, peut-être, si le malade avait résisté aux lésions de son cerveau, serait-il mort par suite de la rupture de l'anévrysme, la cause qui l'avait formé ne cessant pas d'agir. Cet exemple est un type d'anévrysme variqueux; il ne ressemble en rien à une varice anévrysmale. Il n'y a pas, en effet, dilatation de la veine, mais seulement épaississement de ses parois et dilatation de l'artère par le sang veineux qui y refluait.

Quant aux lésions cérébrales, les troubles fonctionnels du cerveau semblent nous conduire pas à pas jusqu'au terme fatal. Nous allons essayer d'en donner une esquisse.

A l'époque où notre malade a éprouvé de la difficulté à rallier ses idées, et à celle plus éloignée à laquelle il s'aperçut qu'il ne pouvait plus proférer une parole, ne doit-on pas croire que déjà il y avait hypérémie du cerveau, que peut-être il y avait aussi un commencement d'épanchement sanguin dans un de ses lobes?

La thérapeutique, qui a été mise en usage, vient corroborer mon raisonnement. Une copieuse saignée, faite à cette époque, a suffi pour rendre au malade ses facultés intellectuelles et le libre exercice de toutes ses fonctions. Plusieurs fois nous avons vu reparaître cette congestion au cerveau dans le cours de la maladie de M. O., et c'est à la suite d'une de ces fréquentes attaques que la paralysie du côté droit est survenue et que s'est montrée aussi la paralysie générale. N'est-il pas probable qu'en premier lieu il y a eu, avant le ramollissement, dans l'hémisphère cérébral gauche, d'abord une hypérémie, puis un léger épanchement sanguin, qui a été remplacé par la substance pultaire diffluente, en tout semblable à du pus, sinon par l'odeur d'hydrogène sulfuré, qu'elle ne répandait pas?

Le kyste sanguin trouvé à peu de distance de ce ramollissement ne semble-t-il pas être la première période de la dégénération cérébrale? C'est là mon opinion, qui, du reste, est puisée dans la loi d'anatomie pathologique posée par Lallemand, qui dit que tout ramollissement cérébral doit son existence à un travail d'irritation, précédé des divers degrés de l'hypérémie, et suivi d'un épanchement de sang et de formation de pus.

Enfin, partant du même principe, je suis porté à croire qu'alors que la paralysie est devenue générale, un épanchement de sang a eu lieu dans le lobe droit, à la place qu'occupait le vaste ramollissement que nous avons noté.

La cause de toutes ces lésions du cerveau est-elle la même? Ne peut-on pas se rendre raison de ces nombreux désordres par l'existence seule de l'anévrysme, situé à la base du crâne, et par la présence de la balle dans la jugulaire interne?

Nous avons vu dans tout le système veineux cérébral une stase de sang; nous avons noté, entre autres, les deux amas sanguins trouvés, l'un à l'entrée du trou carotidien, l'autre dans le sinus latéral gauche. Ne peut-on pas penser que le défaut de circulation ait été la cause première de ces divers épanchements?

Je n'ose pas entrer plus avant dans toutes ces considérations, qui sont au-dessus de mes forces, mon but étant de vous adresser seulement une observation d'anévrysme variqueux.

Je sais que M. Larrey, de Toulouse, a publié, il y a longues années, un cas d'anévrysme variqueux formé dans le jarret à la suite d'un coup d'épée. Je connais l'observation d'anévrysme également variqueux de l'artère tibiale postérieure qui avait été lésée par un grain de plomb, ainsi que sa veine satellite, et que M. Dorsey, de Philadelphie, a publiée autrefois. Je n'ignore pas que Hodgson, le baron Larrey, Richerand, M. Cloquet, et plusieurs autres chirurgiens célèbres, aient eu occasion d'observer plusieurs fois des varices anévrysmales; mais je n'ai rien trouvé dans la science qui ait rapport à un anévrysme variqueux de l'artère carotide interne produit par la présence d'une balle dans la jugulaire. Cette raison m'a décidé à vous communiquer mon travail.

GAZETTE MÉDICALE. — Juillet 1840.

Nouvelle méthode pour la cure radicale de la hernie inguinale; par le professeur VELPEAU.

La hernie intestinale et, en particulier, la plus commune, la hernie inguinale constituant une maladie toujours désagréable et pouvant devenir dangereuse malgré l'emploi des bandages qui sont presque toujours mal faits et insuffisants, on a depuis longtemps cherché des moyens propres à la guérir radicalement. Les tentatives qu'on a faites, les moyens qu'on a proposés pour arriver à ce résultat sont en très-grand nombre. Cela doit déjà faire craindre qu'aucun de ces moyens ne soit suffisant; et, en effet, quelques-uns d'entre eux peuvent réussir dans certains cas, mais aucun d'eux n'est d'un emploi sûr et général. Aussi cherche-t-on, encore aujourd'hui, des remèdes pour la cure radicale de la hernie.

Ces moyens, en très-grand nombre, ne peuvent être exposés en particulier, ce serait une chose inutile et oiseuse, nous devons nous contenter d'en parler d'une manière générale. Ils se rapportent naturellement à plusieurs classes ou séries.

Digitized by Google

1re Série. — Dans cette première série nous mettons les moyens internes ou externes qu'on a vantés comme devant guérir sans opération. Parmi les remèdes internes, ceux qui ont eu quelque réputation ne l'ont eue que parce qu'ils étaient secrets; mais dès qu'on en a connu la composition, les vertus qu'ils possédaient ont subitement disparu. Les astringents à l'intérieur et surtout en topiques longtemps prolongés et combinés à la compression et au repos, ont guéri dans quelques cas rares. Ces moyens ont d'ailleurs été surtout employés chez de jeunes sujets, et l'on sait que chez eux on voit quelquefois des hernies guérir sans aucun traitement. On a encore proposé et employé pour guérir la hernie la compression permanente avec la position horizontale longtemps prolongée. La compression s'exerçant fortement et pendant longtemps sur le sac herniaire peut en déterminer l'inflammation, et par suite l'adhérence de ses parois. Les bandages ordinaires sont très-mauvais pour cet usage. Ils ne compriment que l'orifice externe du canal inguinal; or, c'est l'orifice interne qu'il est important de boucher, si l'on veut guérir la hernie; c'est là sa porte d'entrée, et si on la laisse ouverte rien ne s'opposera au passage du viscère dans le canal inguinal. Il est, néanmoins, des bandages très-propres à remplir cette indication, ce sont les bandages de M. Fournier. Dans ceux-ci la pelote est triangulaire; sa base est en haut et porte sur l'orifice interne du canal inguinal, et sa pointe se trouve en bas. M. Fournier ajoute à cela quelques poudres auxquelles il ajoute une confiance que nous ne partageons pas, et par l'emploi de ce bandage il a pu guérir un certain nombre de hernies.

D'autres ont cru que la position horizontale longtemps prolongée suffisait pour guérir les hernies. Mais tous y ont ajouté la compression. Ce moyen ne réussit que très-rarement, il est d'ailleurs très-long et peu de personnes voudraient s'astreindre à garder pendant 5 ou 6 mois la position horizontale, lorsque d'ailleurs elles jouissent d'une bonne santé.

2me Série. — A une autre série appartiennent les opérations par lesquelles on a voulu guérir radicalement la hernie; elles se rapportent à plusieurs chefs, savoir: 1° la cautérisation; 2° la ligature; 3° l'incision; 4° l'excision; 5° les sétons, épingles, fils, etc.; 6° les bouchons; 7° les injections.

La cautérisation, que les anciens ont employée de toutes les façons, est un moyen dangereux et infidèle qui est aujourd'hui complétement rejeté.

La ligature est un des moyens que les anciens ont le plus employé et d'une foule de diverses manières. Elle est aujourd'hui tombée dans l'oubli et à juste titre.

L'incision a été fréquemment employée jusqu'à J.-L. Petit. On ouvrait le sac et on opérait comme pour la hernie étranglée. Quelques malades guérissaient comme cela a lieu, dans certains cas, à la suite de cette opération. Depuis que J.-L. Petit a rapporté des observations où cette opération a été suivie de la mort du malade, et qu'il en a fait sentir tout le danger, on l'a complétement abandonnée.

L'excision du sac, que quelques-uns ont préférée à la simple incision, est une opération encore plus délicate et plus dangereuse que cette dernière. Nous ne faisons que mentionner ici la castration, opération absurde et qui est passé dans le domaine des charlatans.

De nos jours on a eu recours à une nouvelle méthode. Par elle on cherche à mettre un bouchon dans le canal inguinal, et à empêcher ainsi la sortie de la hernie. Les uns ont fait ce bouchon avec une portion d'épiploon, d'autres l'ont voulu faire avec le testicule, d'autres avec le sac lui-même, d'autres avec un lambeau de peau, d'autres ont voulu boucher le canal avec de la peau invaginée dans son intérieur.

La méthode des bouchons est efficace dans certains cas; lorsque l'on peut faire un bouchon avec l'épiploon, il peut adhérer avec le sac enflammé et amener la guérison. Mais on n'a pas toujours de l'épiploon dans la hernie, d'ailleurs cela ne réussit pas toujours; l'adhérence peut ne pas s'établir ou être incomplète. D'ailleurs, lorsque cette méthode réussit on a une bride formée par l'épiploon qui de la hernie va aux parties supérieures de l'abdomen se fixer à des viscères qu'elle tiraille. Cette bride cause des coliques fréquentes; elle peut même déterminer des étranglements internes.

La méthode dans laquelle on bouche le canal avec le testicule doit être rejetée. Elle est douloureuse et très-incertaine, car le testicule redescend ordinairement.

Quant à boucher le canal avec le sac herniaire on ne peut s'en servir que dans le cas de hernie étranglée, sinon, on doit rejeter ce moyen à cause de la difficulté et du danger de l'opération.

M. Jackson, en Amérique, a publié deux cas très-peu concluants, dans lesquels le bouchon aurait été fait avec un lambeau de peau taillée dans l'aine et introduit dans le sac ouvert. Cela est difficile, dangereux et incertain.

M. Gerdy a imaginé une nouvelle manière de boucher le canal de la hernie. Il repousse avec le doigt un repli de peau dans le canal inguinal. Ce repli forme comme un doigt de gant et double en dedans le canal inguinal. M. Gerdy fixe le sommet de ce repli à la partie supérieure du trajet herniaire à l'aide d'une anse de fil dont les bouts ressortent au dehors en traversant les parois abdominales. *A priori*, ce procédé semblerait devoir être couronné de succès;

Digitized by Google

le bouchon semblerait devoir s'opposer à la sortie des viscères. Mais l'expérience a fait voir qu'il redescendait, que la peau regagnait les parties occupées primitivement. Si quelques malades ont été guéris par ce moyen c'est parce que la présence des fils a occasionné une inflammation, qui, dans quelques cas, s'est propagée jusqu'au sac et à son collet, et a déterminé l'adhérence de ses parois. Quoique aidée de la compression, l'inflammation adhésive n'a pu être que très-imparfaite et de peu d'étendue. C'est pour cela que la hernie a reparu chez quelques malades opérés par M. Gerdy et qui avaient d'abord paru guéris. On a à reprocher à cette méthode, en outre de son incertitude, d'avoir été suivie d'accidents graves et même de la mort d'un malade.

M. Bonnet, de Lyon, a pensé guérir radicalement la hernie, en traversant le sac avec des épingles vers la racine du scrotum après avoir mis de côté le cordon testiculaire, déterminant ainsi l'oblitération du sac. On l'oblitère, il est vrai; mais seulement dans sa portion placée en dessous des épingles. L'anneau et le canal inguinal qui restent ouverts permettent toujours aux viscères de s'échapper de l'abdomen, et la hernie existe toujours.

M. Mayor, au lieu d'épingles emploie des fils qu'il passe à travers le sac. C'est le même résultat. Dans ces deux derniers procédés on ajoute la compression aux moyens que nous avons indiqués.

M. Malgaigne a imaginé, pour la cure radicale de la hernie, un procédé plus rationnel et mieux imaginé que les précédents. Il veut déterminer une inflammation qui fasse adhérer le canal herniaire jusqu'à son orifice abdominal. Pour cela il enfonce des aiguilles dans le canal inguinal lui-même. A cela il ajoute la compression. On voit que M. Malgaigne est parti d'une idée bien imaginée; néanmoins, il est douteux qu'avec quelques épingles on puisse oblitérer le canal inguinal. On n'a pas, d'ailleurs, publié d'observations de malades traités d'après ce procédé.

Ayant éprouvé que l'injection iodée, que j'emploie dans l'hydrocèle et dans divers kystes séreux produisait une inflammation limitée, adhésive et jamais suppurative, je fus conduit à l'employer pour déterminer l'adhésion des parois du canal herniaire. La seule chose qui m'arrêtait c'était la difficulté d'arriver dans le sac. Cette difficulté, qui subsiste encore, m'a empêché de faire plus de deux ou trois essais qui ne m'ont pas satisfait. Pour empêcher l'injection d'aller jusque dans le ventre, je fais comprimer l'orifice inguinal interne pendant l'opération. Dans les cas que j'ai opérés, je ne suis pas sûr d'être arrivé dans le sac lui-même. Un des malades, mort d'une maladie de cœur, nous a laissé constater que le sac était tout à fait libre d'adhérences.

Parmi les méthodes employées anciennement pour guérir la hernie, il en est une, celle des scarifications, qui m'avait semblé susceptible de produire de bons résultats avec quelques modifications pour en diminuer le danger. Elle consistait à découvrir le sac et à y faire des scarifications.

Cette méthode avait été universellement rejetée comme dangereuse et inutile. Dangereuse, je l'accorde; mais inutile, je ne puis l'admettre. Quand on a scarifié le péritoine, il se produit une sécrétion de lymphe plastique qui déterminera l'adhérence des parois du canal. Restait le danger terrible d'une pareille opération! Depuis que M. J. Guérin a fait voir qu'on pouvait faire dans nos tissus des plaies profondes sans qu'il s'ensuivît aucun accident, sans qu'il y eût jamais d'inflammation suppurative et sans autre chose qu'une sécrétion de lymphe, pourvu seulement que la plaie ne communiquât pas avec l'extérieur; depuis qu'il s'est efforcé de généraliser l'emploi des incisions sous-cutanées, j'ai songé à les appliquer à la cure de la hernie. J'ai pu, dès lors, songer sans crainte à employer les scarifications du sac herniaire. Cette idée, je l'ai mise en exécution devant vous, et voici la manière dont je m'y prends : chez les personnes affectées de hernie, le canal inguinal se trouve très-large, c'est pourquoi on peut facilement reconnaître avec les doigts l'anneau du grand oblique formant son orifice externe. On y enfonce profondément le doigt indicateur, et avec son aide on écarte les vaisseaux et le cordon testiculaire. Alors on remplace le doigt par une spatule qui sert à maintenir les vaisseaux et le cordon. Cet instrument, qu'on fait basculer, sert en outre à dilater le canal inguinal. Je me propose de remplacer la spatule par des pièces que je ferai faire et qui dilateront mieux le canal tout en maintenant le cordon testiculaire. Cela fait, j'enfonce dans le canal une petite lance que je glisse sous la peau et que je tâche de faire pénétrer jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal. Je n'ai vu aucun danger à pénétrer jusques dans la fosse iliaque. Je n'ai pas craint de blesser les intestins qui fuient sous l'instrument, et qui, vu la position élevée du bassin du malade, sont éloignés de son atteinte. J'ai eu pour but de pénétrer dans le péritoine afin de fermer le canal herniaire dès son origine. Étant donc parvenu assez profondément, je fais basculer l'instrument et je laboure en tous sens la paroi interne du canal péritonéal à son orifice interne. C'est de cette manière que j'ai opéré devant vous. Il en est résulté une petite plaie qui a à peine une ligne d'étendue, qui n'a donné que deux gouttes de sang et qui sera complétement cicatrisée au bout de quelques heures. Cela n'a pas occasionné la moindre souffrance au malade, il n'en résultera pas le moindre accident. Quant à la portion du canal péritonéal qui a été scarifiée, elle va fournir une sécrétion plastique qui déterminera

Digitized by Google

son adhérence et son oblitération. Pour empêcher ces adhérences de se laisser rompre par l'effort des viscères et pour leur donner le temps de se consolider au point de pouvoir résister à cet effort, enfin, pour assurer une guérison durable, nous y ajouterons la compression à l'aide du bandage de M. Fournier.

(Le lendemain de l'opération, nous avons vu le malade, qui n'a pas éprouvé la moindre souffrance, qui n'a pas eu le moindre accident. La petite plaie était complétement cicatrisée. Il y a maintenant plus de huit jours que l'opération est faite, et l'individu qui l'a subie est aussi bien portant qu'auparavant.)

L'ESCULAPE.—Juillet 1840.

Sur quelques faits de diagnostic chirurgical et de thérapeutique chirurgicale; par le professeur LISFRANC.

Note sur le diagnostic des polypes utérins.

Une femme, couchée au n° 26 de la salle Saint-Augustin, portait un petit polype mince, ressemblant à un morceau de ruban étroit; on constatait l'existence de cette tumeur par le toucher, mais quand on examinait avec le spéculum le col de l'utérus devenu très-rouge, on n'y observait d'ailleurs rien d'anormal : j'imaginai d'essuyer l'extrémité inférieure de la matrice avec un pinceau en charpie; j'en décollai le petit polype, qu'il fut alors très-facile d'apercevoir.

— Un polype du volume de la dernière phalange du pouce, pourvu de ses parties molles, fut reconnu par le toucher et même à l'aide du spéculum; nous vînmes le lendemain pour l'opérer; nous mîmes inutilement en usage tous les moyens propres à le constater : quelques jours s'écoulèrent, et nous le retrouvâmes. Il arrive quelquefois que ces tumeurs remontent dans la cavité de l'utérus, dont l'orifice inférieur se resserre et les rend momentanément inaccessibles à la vue et au toucher.

—Plusieurs jours avant et après les règles et pendant les menstrues, l'orifice inférieur de l'utérus est plus dilaté; c'est alors que le doigt indicateur introduit dans cet orifice peut faire reconnaître l'existence d'un polype situé dans l'intérieur de la matrice.

—Une malade de la rue Chabannais éprouvait de temps en temps des douleurs qui ressemblaient à celles de l'accouchement : elle n'était pas enceinte. Plusieurs chirurgiens pensaient qu'elle portait un engorgement de l'utérus; je l'explorai; je partageai d'abord l'opinion de mes confrères; mais il me sembla toucher, à un quart de pouce du centre de la tumeur, une très-légère saillie circulaire, que je supposai pouvoir être le pourtour de l'orifice du col utérin, dont les parois auraient été singulièrement amincies; j'essayai, à plusieurs reprises, de glisser mon doigt sous cette espèce de relief; je n'y parvins pas; je réfléchis quelques instants; il me vint à l'idée de presser assez fortement sur le centre de l'extrémité inférieure de l'utérus : je sentis des tissus céder à la pression; je la rendis plus forte encore; je portai ensuite brusquement mon indicateur de dedans en dehors, et il s'engagea facilement entre les parois de la matrice et un polype renfermé dans sa capacité. Les règles étaient sur le point de venir; elles arrivèrent le jour même; une métro-péritonite se développa; elle résista à tous les moyens de l'art : l'autopsie justifia mon diagnostic.

— Il suffit d'ouvrir les annales de l'art pour se convaincre des difficultés qui existent ordinairement pour diagnostiquer les renversements de l'utérus : une femme, couchée au n° 28 de la salle Saint-Augustin, avait été explorée par plusieurs praticiens qui croyaient à l'existence d'un polype. J'introduisis dans le vagin mes doigts indicateur et médius; je saisis la tumeur et je l'abaissai; je portai dans le rectum le doigt indicateur de mon autre main, je ne trouvai pas la matrice au-dessus du corps que je déplaçais; je conclus que ce corps était la matrice elle-même; plus tard la malade succomba, et l'autopsie confirma mon diagnostic. — Mais peu de temps après je mis en usage sur une autre femme les moyens que je viens d'indiquer, je diagnostiquai encore un renversement. Cette femme mourut au bout de quelques mois : l'autopsie nous montra une tumeur fibreuse implantée sur une matrice avec laquelle elle était, pour ainsi dire, identifiée, et qui, aplatie, offrait à peine le dixième de son volume ordinaire. Il faut conclure de ce dernier fait, qui doit être extraordinairement rare, que l'absence d'une tumeur au-dessus de celle qu'on abaisse n'est pas toujours un signe pathognomonique du renversement de l'utérus.

— Quand, au contraire, au-dessus du corps qu'on attire en bas on sent, en touchant par le rectum, un autre corps qui a la forme de l'utérus, le premier doit être un polype. Nous en avons, l'an dernier, donné la preuve sur une dame de Courbevoie chez laquelle une tumeur polypeuse adhérait à toute l'étendue de l'extrémité inférieure de la matrice; je l'ai opérée en présence de MM. Blandin et Chupin. Elle est guérie.

—

Digitized by Google

II.

Kyste séreux du volume du poing, s'étendant depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à quatre pouces au-dessous et siégeant sur les trois artères carotides. Extirpation de ce kyste, précédée d'une incision faite dans toute sa longueur. Guérison.

J'ai pratiqué cette opération, aidé de MM. Pinel-Grandchamp, Baud et Forget; j'ouvris le kyste dans toute l'étendue de son diamètre longitudinal; il fut facile de le détacher par la dissection des adhérences qu'il avait contractées avec le bord antérieur et la face interne du sterno-cléido-mastoïdien, avec le larynx et la région sus-hyoïdienne. Il était épais, dur et très-résistant : lorsqu'il présente ces conditions dont on peut s'assurer, quand on l'a mis à découvert, je conseille, contre les préceptes généralement admis, d'en faire la dissection après l'avoir largement incisé; je pense qu'elle est infiniment plus facile que si l'on procédait autrement; une comparaison bien simple va le démontrer : ouvrez l'abdomen, vous séparerez le péritoine des parois abdominales avec beaucoup plus de facilité que si cette membrane n'avait pas été divisée préalablement à sa dissection.

Mais j'étais arrivé aux points où la tumeur reposait sur les gros vaisseaux que nous avons indiqués; fallait-il s'arrêter là? Il serait resté dans une plaie très-profonde une grande étendue du kyste, qui peut-être aurait donné lieu à une fistule bien difficile à guérir et qui probablement aurait exigé une seconde opération. Guidé par ces idées et enhardi par les succès que j'ai obtenus dans les désarticulations de l'os maxillaire inférieur, je fis saisir par un aide les bords du kyste; je commandai de le soulever; j'énucléai un peu; je disséquai très-lentement : mes efforts furent couronnés de succès. Quinze jours ont suffi pour obtenir la guérison. Je mets depuis plusieurs années en pratique les principes que je viens d'exposer; toujours jusqu'aujourd'hui l'expérience les a sanctionnés.

III.

L'inflammation produite par une incision pratiquée sur les tissus qui recouvrent une tumeur ou un engorgement, détermine la résolution de ces états morbides.

J'ai prouvé, il y a fort longtemps, qu'on pouvait faire des lambeaux avec des tissus lardacés, non squirrheux et non ramollis; j'ai démontré par l'expérience que la phlegmasie qui s'en emparait, suffisait pour les ramener à l'état normal, souvent même en peu de jours. J'avais vu dans Ambroise Paré que ce grand chirurgien dissipait les callosités des ulcères en pratiquant des scarifications sur les indurations; il me sembla que cet excellent précepte, que trop de gens négligent, pouvait acquérir de l'extension.

J'avais fait en grande partie la dissection et l'énucléation d'une tumeur, dont la résolution n'avait pas pu être obtenue par tous les moyens de l'art; le malade ne voulut pas nous permettre d'achever l'opération, malgré tous les efforts que nous fîmes pour l'y déterminer; force fut donc de laisser la tumeur en place et de réappliquer sur elle nos lambeaux. Il survint une inflammation ordinaire. Quelques jours après cet homme quitta Paris. Il vint nous revoir six mois après; sa tumeur n'existait plus : elle s'était dissipée peu à peu dans l'espace de six semaines, sans qu'aucune médication eût été employée.

On sait que l'hydro-sarcocèle ordinaire guérit aussi facilement par la ponction et l'injection que l'hydrocèle elle-même.

Un malade, couché à l'hôpital de la Pitié, portait une hydrocèle transparente, qui fut ponctionnée. Je mis en usage tous les moyens conseillés pour évacuer les liquides épanchés dans la tunique vaginale; je n'y réussis point; j'eus recours à l'incision; je trouvai une matière gélatineuse, transparente, à demi fluide, contenue dans de petites loges multiples, à parois très-minces : le testicule lisse, du volume du poing, était partout extrêmement dur : fallait-il l'enlever? les idées que je viens d'émettre s'y opposaient; je pansai à plat; je revis le malade le soir : une inflammation très-violente s'était déjà développée, je prescrivis quarante sangsues au-dessus de la plaie; on appliqua des cataplasmes émollients; le lendemain la phlegmasie avait baissé, les forces musculaires et le pouls n'étaient pas déprimés; il n'existait pas de décoloration de la face; on mit trente sangsues : le troisième jour les accidents fébriles ont disparu, la douleur est légère; le testicule commence à se détuméfier; le malade prend du bouillon, on continue les cataplasmes émollients, et dans l'espace d'un mois le testicule diminue peu à peu, revient à son volume à peu près normal; la plaie se cicatrise, le malade est guéri.

IV.

Si les fistules peuvent produire les indurations qui les entourent souvent, ces indurations peuvent aussi entretenir les fistules.

Traitez-vous un ulcère de la jambe, compliqué de callosités : il est très-difficile d'en obtenir la guérison avant d'avoir ramené à l'état normal les tissus indurés; combattez-vous une fistule accompagnée d'engorgements, la cure en est encore plus difficile.

Digitized by Google

Un malade, couché au nº 5 de la salle Saint-Antoine, portait sur la cuisse gauche indurée et presque doublée de volume un très-grand nombre de fistules profondes; elles avaient résisté aux moyens ordinaires: on avait même proposé à cet homme de lui pratiquer l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale: je traitai l'engorgement seul; l'élément inflammatoire y existait; j'employai les cataplasmes émollients et les évacuations sanguines locales; quand l'inflammation fut dissipée, je mis en usage la pommade d'iodure de plomb: déjà plusieurs fistules étaient guéries; lorsque la compression, qui avait d'abord échoué, vint faire justice du reste de l'engorgement et des trajets fistuleux qui existaient encore. Trois mois suffirent pour la guérison complète de ce malade. Il nous serait facile de citer un grand nombre de faits à l'appui des idées *thérapeutiques* que nous venons de soumettre aux lecteurs. Il n'est pas besoin de dire que, si le trajet fistuleux persiste quand les indurations ont disparu, il faut alors spécialement s'en occuper. Il est évident que la cure doit en être bien plus facilement obtenue.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.—Juillet 1840.

Considérations sur les tumeurs et fistules lacrymales, et sur leur traitement; par M. PH. RIGAUD.

Nous devons admettre sur ce sujet, que, bien que depuis Manget plusieurs praticiens aient reconnu la possibilité de guérir les tumeurs lacrymales sans opération et par l'emploi de moyens généraux et de moyens locaux plus ou moins simples, émollients, antiphlogistiques, cathérétiques, ou dérivatifs, ce mode de traitement était presque entièrement oublié lorsque l'école de Beer et celle de Broussais, connaissant mieux la modification morbide à laquelle on peut le plus généralement les attribuer, s'efforcèrent de le faire revivre: mais n'oublions pas que MM. Demours, père et fils, avaient été ramenés antérieurement à l'emploi des médications générales, et particulièrement à la méthode antiphlogistique, et en avaient obtenu de nombreuses guérisons. Du reste, nous devons dire d'avance que nous adoptons les idées de M. le professeur Velpeau, au sujet des émissions sanguines; nous pensons avec lui qu'il faut en être fort ménager et ne mettre en usage les saignées générales que pour autant que quelque indication particulière bien marquée se présente. Relativement à l'emploi des sangsues sur le trajet du canal nasal, nous ne les rejetons pas, mais nous pensons qu'on doit n'y avoir recours qu'après que les moyens émollients ont échoué et dans le cas où l'indication est pressante. Les dérivatifs, suivant la manière de faire de Platner, conviennent lorsque les autres moyens ont échoué. Du reste, les observations suivantes montreront combien nous paraissent nécessaires ces derniers moyens.

OBS. I. — Dans le courant de l'année 1836, madame***, portière, rue Royale, au Marais, âgée de quarante ans environ, d'origine allemande, et d'une constitution légèrement lymphatique, jouissant d'ailleurs d'une fort bonne santé, remarqua, à la suite de plusieurs coryzas, qu'une petite tumeur se développait au grand angle de son œil gauche; comme cette tumeur faisait des progrès, elle vint me consulter; en ce moment, un peu de rougeur érysipélateuse s'était développée sur la tumeur, et s'étendait à la paupière et à la joue; elle s'accompagnait de chaleurs et de démangeaisons; c'était la deuxième fois qu'un pareil accident se manifestait. Me trouvant encore sous l'influence de ce que j'avais vu et appris à l'Hôtel-Dieu, je proposai l'opération par la canule; elle fut acceptée, et lorsque l'inflammation érysipélateuse se fut dissipée par l'emploi des émollients, je pratiquai l'opération; rien ne fut plus simple et plus rapide. Je vis la malade pendant huit à dix jours, la petite plaie était guérie, et la canule, restée parfaitement en place, ne la gênait nullement. Deux ans après, je fus de nouveau appelé auprès de cette malade pour un écoulement purulent par le rectum, lequel était le résultat de l'ouverture spontanée d'un abcès de la fosse iliaque droite. Je m'informai de ce qui s'était passé du côté des voies lacrymales, et la malade avait en quelque sorte oublié qu'elle portait une canule; il ne restait aucune trace de la tumeur; jamais guérison ne fut plus complète; elle peut être regardée comme bien assurée. Une année après, j'eus des nouvelles de la même personne, et les choses étaient toujours dans le même état; c'est le seul fait de ce genre que j'aie eu l'occasion d'observer par moi-même.

OBS. II.—Cinq ou six mois après l'opération qui fait le sujet de l'observation précédente, un jeune homme, M. X., âgé de dix-huit ans, d'une constitution éminemment lymphatique, portait souvent des éruptions croûteuses sous le nez et sur la lèvre supérieure, et offrait, sur le bord libre des paupières, des croûtes résultant du desséchement de la sécrétion mucoso-purulente des follicules de Méibomius (*blépharite glanduleuse*). Au grand angle de chacun des deux yeux, s'était développée, depuis près de deux ans, une tumeur dont le volume était assez variable, et cela suivant la température et l'hygrométricité de l'atmosphère, et suivant l'heure de la journée; car, ainsi que Saint-Yves et Demours l'ont signalé depuis longtemps, contrairement à l'opinion

des auteurs qui répétaient sans cesse que *la tumeur lacrymale se distend et augmente de volume pendant la nuit;* disant que, *dans le jour les larmes étant répandues sous forme de vapeur par l'atmosphère, et n'étant pas obligées de parcourir les voies lacrymales, on observait que la tumeur était bien moins considérable le matin que dans le milieu et à la fin de la journée:* On peut, je crois, donner de ce fait, une explication plus rationnelle que les auteurs ne l'ont fait jusqu'ici : cela tient tout simplement à ce que la sécrétion des larmes est infiniment moins abondante pendant la nuit que pendant le jour, ce dont la sécheresse des yeux au reveil, l'impression douloureuse que fait la lumière. pendant les premiers instants, sur la conjonctive, est la preuve évidente. Chez ce jeune homme, la difficulté que les larmes éprouvaient à parcourir le canal nasal, tenait évidemment à l'état de sub-inflammation de la membrane qui le tapisse, sous l'influence de sa constitution éminemment lymphatique. Un traitement général approprié fut mis en usage; des fumigations dans les narines avec la vapeur d'une infusion de fleurs de sureau, ainsi que des applications, sur la tumeur, de compresses trempées dans ce liquide, furent employées. Peu de jours après je procédai au cathétérisme du canal nasal, par son extrémité inférieure, avec la sonde de M. Gensoul. Je parcourus facilement la plus grande étendue de ce canal, des injections furent faites, et néanmoins les tumeurs formées par l'accumulation de la matière séro-purulente dans le sac lacrymal persistaient. Après un mois de persévérance, et sans plus de résultat, je proposai l'opération par la canule : le malade s'y refusa; alors je fis usage du collyre au nitrate d'argent (simple dissolution de deux grains par once d'eau distillée), et j'eus la satisfaction de voir, après quatre ou cinq semaines, la liberté du passage des larmes dans les fosses nasales se rétablir; la compression sur la tumeur, exercée de façon à effacer les conduits lacrymaux et à s'opposer au reflux du liquide du côté de l'œil, fit passer ces matières à travers le canal nasal, ce qui avait été impossible jusque-là. En même temps la constitution s'était heureusement modifiée par suite de deux mois du traitement qui avait été prescrit; l'amélioration a continué, et lorsque j'ai perdu le malade de vue, la sécheresse des narines n'existait plus, les larmes descendaient assez librement à travers le canal nasal, quoique pourtant encore, la tumeur, qui avait notablement diminué, n'eût pas entièrement disparu.

Obs. III.—Mademoiselle P***, âgée de dix-sept ans, demeurant à Boulogne près Paris, d'une constitution lymphatique, et non encore réglée, portait, au grand angle de l'œil gauche, une tumeur formée par la dilatation du sac lacrymal; elle s'était aperçue de son développement près d'une année environ avant le moment où je fus consulté, dans le courant de l'année 1838; à plusieurs reprises, l'inflammation s'est manifestée au grand angle de l'œil, mais sans qu'il y eût jamais menace de formation d'un abcès. Je conseillai l'emploi des moyens qui avaient réussi chez le précédent malade, mais on préféra une méthode plus expéditive, et une canule fut placée dans le canal nasal. La petite plaie se cicatrisa promptement, mais la canule remonta constamment, malgré les soins que je mis à la faire descendre et l'attention que mit la malade à la repousser vers le bas, plusieurs fois dans la journée; tout fut inutile, les larmes et la sécrétion puriforme s'accumulaient dans le sac, autour de la canule remontée, et je me vis obligé d'en faire l'extraction trois semaines après qu'elle avait été introduite; j'eus le soin de passer ensuite une sonde cannelée, dans le canal nasal, jusque dans la narine correspondante, pour m'assurer que le canal était libre, et je laissai la plaie se cicatriser. Un petit noyau d'induration se forma à la place de la tumeur; les fumigations émollientes et le collyre au nitrate d'argent furent employés, les larmes descendirent, suivant leur route naturelle; le petit engorgement dur du grand angle s'est dissipé à la longue, et la guérison est parfaite; j'ai revu maintes fois la malade depuis cette époque, et la guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

Voilà donc un cas où la présence d'une canule, pendant trois semaines, a suffi pour le rétablissement de la liberté du cours des larmes; or, je m'en suis rendu compte de la manière suivante : l'inflammation chronique dont la muqueuse du canal nasal était le siége s'est ravivée, et la résolution de l'engorgement dont elle était le siége s'est dissipée sous l'influence de ce retour momentané à l'état aigu. Le collyre au nitrate d'argent, absorbé par les points et les conduits lacrymaux, a agi dans le même sens, et les vapeurs émollientes portées dans les fosses nasales ont favorisé le rétablissement de la sécrétion de la membrane pituitaire. Chez les deux derniers malades, âgés de dix-sept à dix-huit ans, le développement qu'ils ont pris à cette époque, a, je n'en doute pas, puissamment contribué à modifier l'état pathologique de la membrane qui tapisse les voies lacrymales et nasales, en même temps qu'il a déterminé l'ampliation de ces voies toujours fort étroites dans l'enfance et l'adolescence.

Obs. IV.—Une jeune femme, âgée de vingt-sept ans, habitant également Boulogne, portait depuis assez longtemps une tumeur lacrymale du côté gauche; le nez et les fosses nasales étaient peu développés, d'ailleurs la malade jouissait d'une bonne santé, mais offrait l'apparence d'un tempérament lymphatique et sanguin. Comme elle voulait être débarrassée le plus promptement possible de son

Digitized by Google

mal, je l'opérai par le procédé de la canule; la plaie fut promptement guérie, mais six à huit jours s'étaient à peine écoulés, que la tumeur se reproduisit. Je cherchai à faire passer le liquide qui distendait le sac dans le nez, mais je n'y pus réussir; j'attendis quelques jours encore, et alors la tumeur avait repris son premier développement. Je cherchai à me rendre compte de ce phénomène; la canule pouvait être bouchée; je me décidai à en faire l'extraction; je détruisis la petite cicatrice avec un stylet; je cherchai à saisir le rebord de la canule avec des pinces à disséquer, je ne pus la trouver; j'employai l'instrument de M. Cloquet, et la canule ne fut point ramenée. J'examinai alors la fosse nasale, et j'acquis bientôt la conviction que la canule était descendue, et s'était implantée dans l'épaisseur de la membrane fibro-muqueuse du plancher des fosses nasales; je la saisis et la retirai avec facilité. Aussitôt une légère pression fit descendre dans le nez les matières qui distendaient le sac; je pus alors me rendre raison de l'impossibilité où j'avais été de faire l'extraction de cette canule par la partie supérieure; chacun en trouvera facilement l'explication.

J'aurais pu m'en tenir là, et je l'aurais fait si j'avais eu l'expérience que j'ai maintenant acquise, mais je crus devoir remplacer la canule par un séton, que j'entretins pendant six semaines, après quoi la malade s'est trouvée parfaitement guérie; je l'ai revue dernièrement, et la guérison ne s'est pas démentie.

Obs. V.—Une dame de cinquante ans fut opérée par le séton, que je chargeais, à chaque pansement, de pommade au nitrate d'argent; au bout de deux mois le séton fut supprimé, et quinze jours après la tumeur sembla vouloir se reproduire; le collyre au nitrate d'argent fut mis en usage; la tumeur se dissipa, et depuis lors, c'est-à-dire depuis dix-huit mois, la maladie n'a pas reparu.

Ces faits ont ramené mon attention d'une manière sérieuse sur les idées, tant théoriques que pratiques, d'un grand nombre d'écrivains, depuis Manget (1693) jusqu'aux élèves de Beer et aux partisans les plus zélés de la doctrine physiologique de Broussais; et j'en suis venu à penser que le plus grand nombre des tumeurs lacrymales qui se développent chez de jeunes sujets, peuvent être radicalement guéries par des moyens généraux et l'emploi de quelques médications locales des plus simples, capables de modifier la vitalité des membranes qui tapissent les voies lacrymales; bien plus, je ne doute pas, comme le pensaient Demours père et fils, que, dans les circonstances sus-mentionnées, la jeunesse et la constitution lymphatique, on ne puisse voir très-souvent, et presque constamment les tumeurs lacrymales se dissiper spontanément, ou, si l'on veut, par des fumigations et des lotions froides, auxquelles je ne crois pas qu'il faille accorder une efficacité bien puissante.

Obs. VI, VII et VIII.— Depuis le commencement de l'année 1840, il s'est présenté à moi trois nouveaux cas de tumeurs lacrymales chez des jeunes gens; deux sont âgés de dix-huit ans, l'autre de vingt et un ans, tous trois d'une constitution légèrement lymphatique, mais jouissant d'ailleurs d'une bonne santé: chez l'un des trois, celui qui est âgé de vingt et un ans, la tumeur a paru à la suite de plusieurs ophthalmies légères, accompagnées de sécrétion mucoso-purulente des follicules de Méibomius; chez tous, le nez et particulièrement les fosses nasales sont peu développés, et ils conservent tous trois l'apparence de l'adolescence, plutôt que celle de l'âge viril. Le traitement auquel je les ai soumis, les fumigations émollientes dans les narines, l'usage du collyre au nitrate d'argent, et les applications émollientes sur la tumeur, ont suffi pour ramener les parties à l'état naturel chez les deux plus jeunes; chez le troisième, la persistance de la tumeur m'a engagé à sonder le canal nasal par le procédé de M. Gensoul, après quoi le malade a pu faire passer les matières dans le nez, au moyen de la compression exercée convenablement sur la tumeur: d'ailleurs j'ai employé chez lui les collyres au nitrate d'argent, les fumigations dans les narines; et, à l'occasion d'une fièvre typhoïde débutante, les purgatifs ont été largement mis en usage, ce qui certainement a été d'une utilité puissante sur l'affection des voies lacrymales.

Sur les huit observations qui précèdent, trois fois les malades ont été d'emblée traités par la canule; et dans un seul cas, celui de la première observation, le traitement n'a été traversé par aucun accident, la guérison a été complète dès l'instant où la canule s'est trouvée mise en place. La guérison se soutient depuis quatre années, c'est beaucoup, mais qu'adviendra-t-il ultérieurement? c'est ce qui doit rester fort incertain. Dans les deux autres cas, une fois (troisième observation) la canule est remontée, et je me suis trouvé dans la nécessité d'en faire l'extraction par en haut; et l'autre fois (quatrième observation) elle s'était implantée dans le plancher des fosses nasales; le cours des larmes s'était de nouveau trouvé interrompu, et j'ai été obligé d'en faire l'extraction par la narine correspondante. Dans cette dernière observation, je crus devoir employer le séton; je craignais encore à cette époque que l'emploi d'un moyen mécanique ne fût nécessaire; déjà pourtant le fait de la troisième observation m'avait fait faire quelques réflexions, et je commençais à croire que la présence du corps étranger pouvait bien n'agir qu'en raison de la modification vitale que sa présence déterminait sur la membrane fibro muqueuse du canal nasal; aussi ne négligeai-je

Digitized by Google

point l'emploi d'une substance capable d'agir dans le même but, et la pommade au nitrate d'argent dont je chargeais la mèche en est la preuve indubitable.

Dans la cinquième observation, l'âge de la malade me décida à employer immédiatement le séton, mais ici mon intention fut exclusivement la modification vitale de la membrane du canal et du sac.

J'étais ainsi arrivé à me convaincre que l'indication essentielle à remplir n'était pas le rétablissement mécanique du calibre du canal, et que les moyens que l'on mettait en usage dans ce but guérissaient d'une toute autre manière.

Dans les trois derniers cas que je me suis borné à indiquer, parce qu'étant assez récents, ils n'ont pas encore, à mes yeux, une suffisante importance pratique, nous voyons les moyens généraux amener le résultat le plus heureux, dans un espace de temps à peu près aussi court que celui qui est toujours nécessaire pour l'obtenir par un moyen chirurgical; et si j'ai, dans le dernier, employé le cathétérisme avec la sonde de Gensoul, ç'a été pour satisfaire l'impatience du malade, car je m'en serais abstenu sans cela.

En résumé, je me trouve conduit à admettre que, chez les jeunes sujets, un grand nombre de tumeurs lacrymales guériraient spontanément : car je ne puis croire que de simples fumigations, des lotions ou des applications émollientes et l'emploi d'un collyre astringent, soient indispensables (quoique je les croie fort utiles), et que la guérison ne pourrait arriver sans leur usage dans bien des circonstances. L'amélioration de la constitution, le développement des organes à différentes époques de la jeunesse, me paraissent avoir une bien plus grande importance; sans ces changements je n'aurais pas une grande confiance dans la solidité de la guérison.

Dans tout ceci, je ne prétends point que les moyens mécaniques doivent être entièrement rejetés dans le traitement de la tumeur lacrymale, bien loin de là : mais seulement je pense que l'on pourrait souvent se dispenser de les mettre en usage toutes les fois qu'ayant à faire à de jeunes sujets, il n'y a que simple distension du sac lacrymal par l'effet de l'accumulation des larmes et de la sécrétion puriforme dont il est le siége lui-même ainsi que le canal nasal. On peut souvent obtenir la guérison par les moyens généraux aidés par les moyens locaux simples que nous avons énumérés; mais, lorsqu'il s'est déjà établi une perforation au sac, lorsqu'une petite collection purulente s'est formée entre lui et la peau, que déjà, en un mot, il existe ce que l'on pourrait fort bien appeler, d'après M. Velpeau, *fistule lacrymale borgne interne*, il est presque indispensable d'en venir à l'emploi de quelques-uns des nombreux moyens chirurgicaux que renferment tous les traités de médecine opératoire.

On voit donc que, pour les fistules lacrymales, les opérations chirurgicales me paraissent quelquefois indiquées; tandis qu'on en peut guérir un grand nombre par les antiphlogistiques et les dérivatifs.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.—Juillet 1840.

Quelques mots sur l'extraction de deux clavicules entières, l'une extraite en 1835, par le docteur CAJETAN MAZZONI, de Pise; l'autre extraite en 1838 par le professeur CHARLES BIAGINI, de Pistoie; communiqués par le docteur ARONSSOHN, de Strasbourg.

Lorsque je considère la position de la clavicule et les attributs que lui assignent les physiologistes, je suis forcé de croire que la perte de la clavicule doit être la source d'inconvénients graves et nombreux, non-seulement pour l'élégance et la forme des parties constituantes de l'épaule, la partie supérieure de la poitrine; mais, de plus, pour le mouvement libre et parfait du bras correspondant. Quoi qu'il en soit, l'expérience à laquelle doit céder tout raisonnement, encore qu'il y ait une apparence de justesse, nous rend parfaitement certains que nous pouvons supporter l'ablation de la clavicule, sans éprouver de graves désordres. Les deux faits suivants le prouvent.

OBS. I. — Camille Bartalini, de Filletiole. Agé d'environ 4 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, né d'un père décidément scrofuleux, commença, le 10 octobre 1835, à éprouver une douleur dans la région claviculaire droite; cette douleur fut accompagnée d'une tuméfaction légère d'abord, bientôt démesurée, désordre auquel se joignit peu après la rougeur de la peau dans la plaie engorgée, et une fièvre, avec caractère de synoque. L'emploi de la méthode antiphlogistique, c'est-à-dire l'application répétée de sangsues, l'usage de purgatifs, d'emplâtres émollients, employés autant que le permettaient la faible constitution et l'âge tendre du patient, n'empêchèrent en rien la formation d'un gros abcès, qui fut ouvert le 2 novembre, soit vingt-deux jours après le commencement du mal. Le pus coula en grande abondance dans les premiers temps, au grand soulagement du petit malade. Après quelques jours, le mal local ayant diminué, je pus, au moyen d'un stylet, m'assurer de la nécrose de la clavicule. Dans l'espace de près de sept mois, de nouvelles inflammations eurent lieu successivement dans ladite région; elles furent suivies de la formation du pus, dont la sortie fut tantôt naturelle,

Digitized by Google

tantôt artificielle. Bref, aux premiers jours de mai, il était facile de voir que la nature avait tout disposé pour l'expulsion de l'os mort devenu mobile. Il me sembla que c'était le moment où l'art lui devait son secours, je me décidai à cette extraction. Croyant que les attaches des muscles qui s'implantent sur la clavicule avaient été détruites, non-seulement parce qu'avec le stylet on la sentait toute atteinte de nécrose, et par conséquent privée du périoste; mais encore parce qu'elle était mobile; qu'il n'y avait donc à couper que les liens ligamenteux situés aux extrémités articulaires de cette clavicule; je profitai d'une ouverture fistuleuse existant près de l'extrémité sternale de l'os malade, pour y introduire une sonde cannelée que je pouvais pousser jusqu'au delà de l'articulation de l'os avec le sternum. Je fis une incision à la peau avec un bistouri droit, conduit par *la cannelure* de la sonde dans la direction de la clavicule; puis, saisissant la clavicule avec une paire de pinces à anneaux, tout proche de sa partie inférieure, je tranchai, avec un bistouri droit, à pointe obtuse, le ligament costo-claviculaire, et, après, les autres brides ligamenteuses qui la tenaient toujours unie au sternum.

L'extrémité acromiale de la clavicule même se faisant voir à travers une plaie du tégument; opérée comme la précédente, je pus séparer très-facilement l'os de l'omoplate, dont il était presque tout à fait détaché; l'extraire en entier sans perte considérable de sang, une portion de la peau restant intacte entre les deux incisions. Un peu plus d'un mois après le malade était entièrement guéri.

Trois ans à peu près se sont écoulés depuis cette opération. L'état actuel de Bartalini est le suivant : sa santé est parfaite; l'épaule, privée de la clavicule, se trouve légèrement abaissée, approchée du sternum, sans nuire en rien à la symétrie des parties. Le bras peut se mouvoir dans tous les sens sans que ses mouvements soient plus limités. Bartalini l'étend horizontalement, le porte à la tête, grimpe facilement sur les arbres et ne s'aperçoit point de la privation d'un os considéré comme si nécessaire au libre et parfait usage du bras. Le muscle sous-clavier paraît s'être un peu endurci.

Le professeur Biagini, de Pistoie, a extrait récemment une clavicule entière. Voici le narré du fait :

Obs. II. — Le 13 août 1838, Séraphin Giantoli de Cerreto Guidi, petit paysan âgé de 15 années, entra à l'hôpital de Pistoie. Il était scrofuleux et avait depuis longtemps des plaies en diverses parties de son corps. L'une de ses plaies, assez grande, dans la région claviculaire gauche; une autre, plus petite, dans la partie externe et supérieure de la cuisse gauche; une troisième, plus étroite et plus resserrée, au talon droit.

J'appris du malade que ces plaies provenaient d'ouvertures spontanées et d'abcès chroniques dans ces parties; que de petits morceaux d'os étaient sortis par la plaie de la cuisse et par celle du talon. L'aspect que présentaient ces ulcères était celui de plaies scrofuleuses. La première, c'est-à-dire celle de la région claviculaire, était ouverte depuis sept mois d'une grande étendue; ses bords étaient rouges, mous, détachés des parties qu'ils couvraient; on voyait à son pourtour des chairs fongueuses; au centre, la partie moyenne ou corps de la clavicule découvert et privé du périoste. Peu ami en général des médicaments et persuadé par l'expérience qu'il faut peu compter sur les remèdes pour les scrofuleux, ma seule prescription au malade fut une nourriture saine et l'usage modéré du bon vin. De plus, partisan de Naunoin pour le traitement simple des plaies, je me contentai de couvrir celles de Giantoli avec de la charpie, attendant plus du temps et de la nature que des ressources de l'art. Je continuai longtemps ainsi; la clavicule que je touchais fréquemment me paraissait toujours plus mobile et vacillante.

Ce fut dans les premiers jours d'août, en présence du professeur Civinini, alors à Pistoie, qu'un matin où j'examinais de nouveau cette clavicule il me fut facile, avec une pince à anneaux, de la débarrasser des parties molles environnantes et de la retirer en entier hors de la plaie : une petite perte de sang suivit cette opération; un peu de charpie, deux compresses et un bandage légèrement serré suffirent pour l'arrêter.

Les remèdes furent dans la suite toujours aussi simples; la plaie, cautérisée de temps à autre avec la pierre infernale, se cicatrisa vingt à trente jours après. Le malade examiné à présent ne paraît pas manquer de clavicule; dans la région claviculaire gauche, une substance dure, pour ainsi dire osseuse et très-sensible au toucher, semble jouer le rôle de la clavicule même, quant à l'assurance, à la manière, à la facilité dont le malade se sert de l'extrémité supérieure gauche. En effet, Giantoli, qui est toujours à l'hôpital pour ses autres plaies, n'a son épaule gauche absolument pas déformée; il porte le bras dans tous les sens; il peut très-bien quand il le veut porter le bras à la tête comme auparavant. Je dois en conclure qu'une masse très-compacte de tissu fibro-cartilagineux s'est créée et remplace la clavicule, dont elle exécute admirablement les fonctions.

La clavicule du professeur Biagini a été déposée au cabinet physico-pathologique de l'hôpital de Pise, confié aux soins du professeur Civinini, anatomiste distingué de notre Université. Celle dont j'avais fait l'extraction y aurait été consignée, sans un événement malheureux qui entraîna sa perte et celle de plusieurs autres pièces d'anatomie pathologique.

Notre intention, en publiant ces deux observa-

Digitized by Google

tions, a été d'ajouter de nouveaux faits à ceux déjà connus par Val. Mott, par Warren et par Travers, etc., d'ablation d'une clavicule entière, ensuite de laquelle les malades ont conservé les mouvements du bras, afin d'encourager les chirurgiens à l'ablation totale ou partielle de la clavicule, lorsque cet os est gravement compromis, et cela plutôt que d'abandonner leurs malades à une mort certaine.

GAZ. MÉDICALE. — Juillet 1840.

De l'opportunité et des lois générales des amputations dans la continuité; par le docteur Amédée FORGET.

1° L'opportunité d'une amputation, un cas pathologique étant donné, a suscité des vives et longues discussions parmi les chirurgiens. Amputera-t-on immédiatement un membre qui vient d'être le siége d'une lésion organique vaste et profonde? ou vaut-il mieux attendre que la suppuration se soit établie au sein des parties lésées! Cette question si différemment appréciée aux diverses époques de la science, et qui a divisé en deux champs l'ancienne Académie de chirurgie, est loin encore d'être résolue. Sans contester ce qu'une pareille solution peut avoir d'avantageux, je me garderai néanmoins de renouveler tous les arguments que la controverse a fait valoir en faveur de l'une ou de l'autre opinion : un semblable travail n'aurait aucun côté utile pour nos lecteurs. Aussi ai-je hâte d'aborder un point de chirurgie pratique dont, en général, on ne s'occupe pas assez, quoiqu'il offre un intérêt plus pressant et une utilité incontestable. Je veux parler de l'appréciation des moyens thérapeutiques dont l'efficacité peut prévenir l'amputation.

Certes, cette question qui, une fois élucidée, aura pour résultat matériel la conservation d'un membre que les règles de l'art semblaient de prime abord vouer à une mutilation irréparable, mérite bien de retenir l'attention. Déjà, dès l'année 1818, M. le professeur Lisfranc, éclairant par l'anatomie pathologique la nature intime des engorgements blancs articulaires, émettait l'opinion que souvent on devait pouvoir en obtenir la résolution sans recourir à l'instrument tranchant. Depuis, généralisant cette idée, il en a fait bénéficier la plupart des organes externes placés dans les mêmes conditions pathologiques. Aussi doit-on favoriser, dans l'intérêt de l'art non moins que dans celui de l'humanité, cette heureuse tendance à restreindre les limites de la médecine opératoire.

C'est surtout dans les cas traumatiques les plus graves en apparence, une fracture comminutive, une plaie articulaire avec ou sans écrasement des extrémités osseuses, que les partisans de l'amputation ne manquent pas d'accuser le chirurgien de la mort de son malade, s'il succombe sans qu'elle ait été pratiquée; comme si, avant de se placer nécessairement sous les rigueurs d'une opération qui peut, en définitive, constituer un remède pire que le mal, et dont l'intervention ne doit toujours arriver qu'en dernier appel, il n'était pas rationnel d'examiner le genre de médication imposé au malade; a-t-on fait tout ce que la saine thérapeutique prescrivait en pareil cas? et n'était-il pas possible, par un traitement plus énergique et mieux combiné, de conjurer les accidents qui ont fait périr le malade?

Sans doute, en présence du fait morbide que j'ai supposé exister, il semble au premier abord qu'il n'y ait pas à hésiter un instant sur le choix des agents thérapeutiques; une lésion traumatique grave commande l'emploi des antiphlogistiques, il ne saurait exister de désaccord à cet égard; mais la différence, et c'est là le point culminant, porte sur la combinaison, la forme, la durée d'action de ces mêmes agents curatifs. Ainsi se borne-t-on à pratiquer une saignée générale, soutenue d'une application de sangsues, pour passer immédiatement aux topiques émollients; fait-on, en d'autres termes, *la chirurgie du cataplasme?* Nul doute qu'une telle médication ne vienne en aide aux partisans de l'amputation, par les nombreux insuccès qu'elle aura à enregistrer. Mais ce qu'il importe de bien distinguer, c'est le moment où doivent commencer les évacuations sanguines; celui où elles doivent s'arrêter? quelle doit être l'alimentation du malade? à quelle époque il convient de le nourrir? à quelle autre la diète est de nécessité? enfin, quel en sera le terme?

A ces questions dont la solution aura sur la conduite du praticien une si heureuse influence, donnons une réponse sanctionnée à la fois par la théorie et l'expérience.

Il faut, à l'exemple du professeur de la Pitié, se garder de la saignée dans les premiers instants qui suivent celui où l'accident a eu lieu : les chirurgiens ont remarqué que le malade alors est sous le coup d'une commotion générale, caractérisée par la concentration du pouls et l'attrition des forces musculaires; pratiquée dans de semblables circonstances, une évacuation sanguine peut avoir les plus graves inconvénients.

On doit donc attendre que l'ébranlement nerveux se dissipe, que le pouls se relève, acquiert de l'expansion et de la force, que le mouvement réactionnel en un mot se manifeste. Le moment alors est arrivé de faire des évacuations sanguines, en ayant soin d'en mesurer le nombre et l'intensité sur les forces du sujet et sur le mode de réaction qu'il

Digitized by Google

oppose à ce modificateur puissant de l'économie.

Rigide observateur de ces indications, M. Lisfranc, dans les cas traumatiques graves, a coutume de faire pratiquer le premier jour, deux et quelquefois jusqu'à trois saignées générales, deux autres saignées le second jour, une seulement ou deux autres encore le troisième jour, en ayant soin de commencer par trois ou quatre palettes, et d'arriver par une décroissance graduée à deux ou à une palette seulement; ce qui constitue, pour la saignée générale, la forme essentiellement révulsive. Le troisième jour accompli, malheur au chirurgien s'il persiste dans l'emploi de ce moyen; car, à cette époque, le pus commence à être sécrété, quelquefois même assez abondamment, et la saignée expose à la résorption purulente. Les expériences de M. Magendie ne laissent aucun doute à cet égard.

On cessera donc la saignée, et à la diète rigoureusement observée jusqu'ici, on substituera une alimentation légère, des bouillons, puis des fécules, et, par degrés insensibles, on arrivera à une nourriture plus substantielle et plus en harmonie avec les exigences du malade dont le besoin de réparer croît en raison de l'abondance de la suppuration. Car si tout à l'heure il y avait danger à porter trop loin les évacuations sanguines, le danger n'est pas moindre à maintenir, je ne dis pas la diète, mais une alimentation insuffisante qui force le malade à vivre de sa propre substance; ce serait encore par une autre voie favoriser la résorption purulente, accident formidable contre lequel, lorsqu'il a lieu, l'art a si souvent à déplorer son impuissance.

Hâtons-nous d'ajouter qu'il est un fait général auquel sont subordonnées toutes les indications pratiques que je viens d'esquisser; je veux parler de l'influence des localités, de celle des constitutions individuelles. Ainsi dans les campagnes, un individu atteint d'une lésion traumatique grave, chez lequel le canal intestinal est sain et le système nerveux physiologiquement équilibré, sera faiblement influencé par sa blessure, et guérira sans accident, la réaction de celle-ci sur l'ensemble de la constitution se faisant à peine sentir. Dans une grande ville, au contraire, où tant de causes d'excitation et d'épuisement s'exercent incessamment sur l'organisme, il est plus à craindre de voir l'ébranlement général produit par le même fait pathologique, déterminer un résultat fâcheux; aussi, dans l'un et l'autre cas, la thérapeutique doit modifier son allure, varier sa forme et s'imposer des modifications indispensables.

C'est en appliquant ces principes que M. Lisfranc est parvenu à guérir sans amputation, un seul excepté, trente-cinq blessés, atteints la plupart de fractures comminutives et de plaies articulaires produites par des balles. Ces faits ont été observés à la suite des dissensions civiles du mois d'avril 1831, sur les militaires déposés au Grenier d'abondance, temporairement transformé en hôpital.

II. Mais, quelqu'effort que fasse le chirurgien pour se soustraire à la nécessité d'une amputation, comme il se présente trop souvent encore des circonstances où l'impuissance de la thérapeutique médicale une fois constatée, il ne reste plus qu'à recourir à ce moyen extrême, il convient de ne pas négliger la connaissance parfaite des règles, qui peuvent en rendre l'exécution plus sûre et le résultat plus avantageux au malade.

A. *Des lois générales des amputations dans la continuité.* Pour pratiquer l'amputation des membres dans la continuité deux méthodes sont en présence : *la méthode à lambeaux* et *la méthode circulaire*.

Quelle est celle des deux méthodes qui mérite la préférence? en général, la méthode circulaire offre sur l'autre des avantages réels : d'abord, la plaie qui en résulte présentant une surface moins étendue, se cicatrise plus promptement; en outre, l'expérience a prouvé que quand une inflammation s'empare du moignon formé par la méthode à lambeaux, ceux-ci, tuméfiés, douloureux, sont difficilement maintenus en contact, et souvent alors on obtient une cicatrisation vicieuse.

Il ne faudrait cependant pas rejeter d'une manière trop exclusive l'amputation à lambeaux, qui convient surtout dans les cas où le malade est dans un tel état de maigreur qu'on n'aurait pas assez de tissus pour recouvrir exactement les os et obtenir une réunion immédiate, si l'on mettait en usage la méthode circulaire.

De l'amputation à lambeaux. Il existe deux procédés pour la confection des lambeaux : dans l'un on pratique deux incisions semi-lunaires à convexité inférieure, réunies par leurs angles; on taille ainsi de dehors en dedans. L'autre consiste à couper les tissus de dedans en dehors. Pour cela on traverse toute l'épaisseur des parties molles avec le couteau porté successivement sur deux côtés du membre ras les os. S'il s'agit de l'avant-bras, que je prends pour exemple, quelques chirurgiens choisissent de préférence le premier procédé; M. Lisfranc fait remarquer, qu'exigeant la dissection de deux lambeaux toujours assez vastes depuis leur sommet jusqu'à leur base, ce procédé est beaucoup plus lent et par conséquent plus douloureux que le second, aussi donne-t-il la préférence à ce dernier. On lui a reproché d'avoir les inconvénients des plaies par instrument piquant; or, comme ces plaies guérissent moins vite que celles produites par un instrument tranchant, on en a conclu que la confection des lambeaux

Digitized by Google

par le premier procédé, c'est-à-dire de dehors en dedans, était préférable.

Mais en formulant ce blâme, on ne s'est pas rappelé que si les plaies par instrument piquant guérissent plus lentement, ce retard est dû à la nature même des instruments dont la pointe plus ou moins mousse offre souvent des inégalités. Le couteau à double tranchant est loin de présenter une semblable disposition; aussi agit-il à la manière d'un instrument tranchant. On a encore objecté contre la formation de lambeaux de dedans en dehors, qu'une plaie par instrument piquant offrait un trajet étroit, favorable par là même au séjour du pus; sans doute, cela est vrai : mais pour peu qu'on fasse cheminer le couteau dans l'épaisseur des chairs au moment même où on le plonge dans le membre, on a la certitude que la solution de continuité n'offre pas cette disposition. D'ailleurs, a-t-on vu que dans l'endroit où le couteau a été enfoncé la plaie fût moins belle, que la suppuration y fût plus abondante, plus prolongée, et que la cicatrisation y fût plus lente que sur les autres points? assurément rien de semblable n'a été observé. C'est donc là une objection purement gratuite et nullement capable d'infirmer un procédé opératoire qui, au point de vue de l'exécution, l'emporte de beaucoup en vitesse sur celui qui consiste à tailler les lambeaux de dehors en dedans.

Par quel côté du membre commencera-t-on l'opération? On a conseillé de tailler le premier lambeau sur le côté opposé à celui où se trouvent les artères : mais que celles-ci soient coupées dans le premier ou dans le second temps de l'opération, cela importe peu; car si la compression de l'artère principale est bien faite, elle le sera également, que l'on commence d'un côté ou de l'autre, et on aura toujours le temps d'achever l'opération; si au contraire elle est mal faite, on sera de toute manière obligé de placer les ligatures avant de scier l'os, que l'on commence ou que l'on finisse dans la direction des gros vaisseaux. Il faut donc rejeter ce précepte, non-seulement parce qu'il est insignifiant, mais encore parce que son adoption exposerait à enfreindre cette loi fondamentale de médecine opératoire qui prescrit de donner même longueur, même largeur et même épaisseur à chacun des lambeaux.

En effet, prenons l'avant-bras pour exemple; si on taille le premier lambeau sur le côté du membre opposé aux artères, c'est par la partie postérieure que l'on commencera. Or, de quelque manière que l'on s'y prenne pour attirer les tissus en arrière, on n'en aura jamais une assez grande quantité pour que ce lambeau postérieur soit aussi épais que l'antérieur.

Opère-t-on d'après les mêmes principes sur le tiers inférieur de la cuisse, les mêmes raisons de structure anatomique font que le lambeau externe n'offre jamais un volume égal à celui du lambeau interne, quelqu'effort d'ailleurs que l'on fasse pour attirer les tissus en dehors.

Il faut donc commencer en avant pour l'avant-bras, et en dedans pour la cuisse, car dès que la solution de continuité nécessaire pour la confection du premier lambeau existe, il est facile alors avec le pouce et le doigt indicateur placés dans les angles de la plaie, de ramener soit en arrière, soit en dehors, assez de tissus pour tailler un second lambeau dont les dimensions égaleront celles du premier.

Si dans l'amputation de la cuisse à lambeaux, on plonge le couteau perpendiculairement à la partie moyenne du fémur, il arrive souvent que la pointe de l'instrument se brise sur l'os, et on est alors obligé de traverser la moitié du diamètre antéro-postérieur du membre, avec un couteau dont la cassure offre des inégalités, et on déchire ainsi plus ou moins de tissus.

Un autre inconvénient de ce procédé est la situation qu'affecte l'os par rapport aux lambeaux; il se place, contre l'angle antérieur de la plaie, et pour peu que les lambeaux se retractent il peut faire saillie entre leurs bords, et constituent ce que l'on nomme vulgairement *un manche de gigot.*

On évitera cet accident si, d'après le précepte donné par M. Lisfranc, on plonge le couteau en dedans du fémur : on a d'abord l'avantage d'éviter cet os, puis on laisse pour la confection du lambeau externe une quantité plus considérable de tissus; enfin, comme la ligne d'intersection des deux lambeaux se trouve plus en dedans que le fémur, l'extrémité de cet os est ainsi recouverte par la base du lambeau externe, et la dénudation est évitée.

B. *De l'amputation circulaire.* Deux méthodes générales résument tous les divers procédés successivement mis en usage pour faire l'amputation circulaire.

L'une se propose de conserver la peau dans une plus grande étendue que les muscles; elle exige dans l'incision des téguments certaines précautions que nous examinerons avec soin.

L'autre a pour but d'opérer en un seul temps la section des parties molles jusqu'à l'os. On glisse ensuite le couteau entre les fibres musculaires les plus profondes et l'os, autour duquel on lui fait décrire un cercle entier, pour détacher les chairs jusqu'à la hauteur d'un pouce environ; puis on scie l'os sur le point où s'arrête la dénudation ainsi effectuée.

Ce dernier procédé présente de graves inconvénients qui doivent le faire rejeter. En coupant les parties molles sur le même plan, la peau, douée d'une contractilité de tissu plus grande, se rétracte davantage, et, pour la ramener sur le moignon qu'elle doit recouvrir, il faut exercer sur elle des tractions plus ou moins fortes, et la maintenir solidement à l'aide d'un bandage contentif. Or, s'il survient de

Digitized by Google

l'inflammation avant qu'elle n'ait contracté des adhérences avec les parties situées sous elle, comme le bandage contentif ne peut être maintenu dans de telles circonstances sans exposer aux accidents d'un étranglement inflammatoire, la peau, abandonnée à elle-même, se rétracte, et de là nécessairement la dénudation du moignon.

Il y a plus, en glissant le couteau entre les parties molles et l'os qu'il doit circulairement dénuder, voit-on la pointe de l'instrument? Non, car elle est enfouie sous les chairs. Eh bien, alors est-on certain de lui faire décrire autour de l'os un cercle dont tous les points de la circonférence seront à une égale distance de l'articulation voisine? En d'autres termes, n'arrivera-t-il pas souvent que l'os sera dénudé à une hauteur inégale, et qu'ainsi la suppuration, *plus prolongée* sur des points que sur d'autres, retardera la guérison.

C. Revenons à la méthode qui consiste à conserver plus de peau que de muscles. On a conseillé de faire la section de ceux-ci en deux temps : on coupe d'abord les muscles superficiels; puis au niveau du point où ces mêmes muscles se sont rétractés, on coupe les muscles profonds. On s'est surtout proposé, par cette modification apportée à l'amputation, d'éviter à la surface du moignon les inégalités ou échelons produits par la rétraction inégale des deux plans musculaires; mais il est facile de voir que ce but ne peut être atteint. Est-il possible, en effet, de saisir au milieu du sang qui coule en abondance, et des mouvements désordonnés que la douleur imprime au malade, est-il possible, dis-je, de saisir la ligne de démarcation anatomique des divers plans charnus? De deux choses l'une : ou les muscles superficiels sont incomplétement coupés, et alors quelques-uns de leurs faisceaux sont compris dans la section des muscles profonds; ou les fibres superficielles de ces derniers sont coupées en même temps que les muscles les plus rapprochés de la périphérie du membre. Or, dans l'un et l'autre cas on ne jouit pas du bénéfice que semble promettre *à priori* ce procédé autrefois en grand honneur, et tombé en désuétude de nos jours.

Il est préférable, et c'est d'ailleurs la conduite adoptée par la plupart des chirurgiens, après avoir relevé la peau, de couper les muscles jusqu'à l'os; de relever les chairs, et de couper de nouveau les muscles profonds un demi-pouce au-dessus du point où a porté la première section. Je ferai remarquer que les muscles profonds, une première fois coupés, se sont rétractés dans leurs fibres superficielles, et qu'ainsi la seconde section, au lieu d'intéresser toute l'épaisseur de ces mêmes muscles, comme pourrait le faire croire le langage ordinaire, n'atteint que leurs fibres profondes qui adhèrent à l'os.

On obtient, de cette manière, un moignon qui a la forme d'un cône dont le sommet correspond à l'extrémité de l'os; celui-ci est recouvert par les chairs, celles-ci par les téguments : on rencontre, en un mot, la disposition la plus favorable à une bonne et prompte cicatrisation.

D. Ces données générales étant posées, arrivons à décrire la manœuvre de l'opération.

a. Position du chirurgien. Sans m'arrêter à la position du malade, à celle des aides, je dirai seulement que le chirurgien se place au côté externe du membre pour l'amputation du bras ou de la cuisse; en se plaçant au côté interne, il nécessiterait une distension forcée des muscles et des autres parties molles qui, coupées dans cette attitude, donneraient, en se rétractant, une physionomie très-irrégulière à la surface du moignon.

Pour l'avant-bras, il est indifférent de se placer à l'un ou à l'autre côté du membre.

La disposition du squelette à la jambe exige que le chirurgien occupe le côté interne. S'il se plaçait en dehors, la situation du péroné sur un plan postérieur au tibia le forcerait à diriger la scie presque perpendiculairement à l'horizon, afin d'achever en premier lieu la section du péroné, et de pouvoir, en outre, éviter le choc de la scie contre les deux fragments de cet os tandis qu'il scierait le tibia.

b. De la manière de tenir le couteau. Avant de parler de la division de la peau, je dirai un mot de la manière dont il convient de tenir le couteau. Ce détail est loin d'être sans importance; car, si on le néglige, on s'expose à manquer à cette sûreté d'exécution qui constitue un des éléments fondamentaux de toute œuvre chirurgicale. Tient-on le couteau faiblement et d'une main mal assurée, comme il est une loi de physique qui démontre que quand un corps passe d'un milieu moins dense dans un milieu plus dense, il est d'autant plus fortement dévié qu'il est mu par une force moindre, au moment où on voudra faire pénétrer l'instrument dans les tissus, il éprouvera un mouvement de rotation sur son axe et vacillera entre les doigts de l'opérateur.

Il faut donc bien se convaincre que s'il est, en médecine opératoire, un acte qui réclame de la force de la part de la main du chirurgien, c'est sans contredit une amputation, surtout lorsqu'il s'agit de couper les divers plans musculaires, ainsi que nous le montrerons plus bas.

On tiendra donc le couteau à pleine main, les quatre doigts fermés sur le manche, qu'ils embrasseront fortement, et le pouce ramené dans la flexion sur la face dorsale des doigts indicateur et médius.

c. Division de la peau. On divise le tégument externe de deux manières; ou bien par deux incisions semi-circulaires que l'on réunit par leurs angles, ou en un seul temps, en faisant décrire au couteau un cercle complet autour du membre. Ce

Digitized by Google

procédé est préférable, comme étant plus expéditif.

Pour l'exécuter, le chirurgien doit embrasser le membre du malade avec son bras, son avant-bras et sa main, portée dans une pronation forcée; il lui sera possible alors de commencer l'incision des téguments très-près de lui, et en exagérant l'attitude de la main qui dirige le couteau, il pourrait même arriver jusque sous la face postérieure du membre. Il est bien entendu qu'il doit s'effacer le plus possible, et se mettre, soit en dehors, soit en dedans du couteau, selon qu'il opère sur le membre droit ou gauche.

d. Position de l'opérateur. La position que doit prendre le chirurgien pour l'amputation de la jambe ou de la cuisse, a de l'importance en ce qu'elle peut influer sur la promptitude et la sûreté de la manœuvre, deux circonstances qui ne sont pas à dédaigner, puisqu'elles peuvent éviter au patient d'inutiles douleurs.

M. Lisfranc ne veut pas qu'on mette un genou en terre; il trouve cette position gênante d'abord, et de plus elle entraîne une perte de temps pour le chirurgien, qui est obligé de se relever pour diriger le couteau sur les différents points de la circonférence du membre.

Essayons de décrire celle qu'il affecte ordinairement.

Les deux jambes sont écartées l'une de l'autre de façon à élargir le plus possible la base de sustentation. La jambe droite, portée en avant, repose sur le sol par toute l'étendue de la face plantaire du pied; elle est fléchie sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin. La jambe gauche, très-fortement fléchie sur la cuisse, est portée en arrière, le pied étendu sur la jambe, ne touche le sol que par son extrémité antérieure, et le calcanéum répond à la tubérosité ischiatique correspondante. Cette position n'a pas l'inconvénient que j'ai signalé plus haut, et le chirurgien se relève avec vitesse et sans effort; aussi peut-il facilement, à mesure que le couteau parcourt la périphérie du membre, le précéder du regard sur les différents points où il doit passer. Or, c'est là un principe invariable dont l'oubli exposerait à couper les tissus, suivant un cercle dont tous les points de la circonférence ne seraient pas également distants de l'articulation voisine.

e. De la longueur qu'il faut donner à la peau formant le lambeau circulaire. La section de la peau achevée, il s'agit de savoir quelle longueur on en doit conserver. On dit généralement deux pouces. Cette indication est nécessairement fautive; applicable à certains cas, elle cesse de l'être dans la plupart.

Les moignons ont-ils tous la même surface? Les membres sont-ils tous également volumineux? Evidemment, cette proposition n'est pas soutenable. Donc, si deux pouces de peau suffisent pour recouvrir dans toute son étendue la plaie résultant d'une amputation de la cuisse sur une femme d'une constitution grêle et délicate, il est aisé de concevoir que cette même longueur ne saurait suffire pour le moignon d'un homme dont la cuisse large et carrée offre tous les caractères d'une organisation athlétique; il importe donc, pour conserver aux téguments externes une longueur suffisante, d'avoir une règle précise et invariable dont l'application ne souffre pas d'exceptions. M. Lisfranc l'a heureusement trouvée; il mesure le diamètre le plus grand du membre; il en prend la moitié plus un tiers de pouce et il conserve la peau dans cette dernière étendue. En ajoutant ainsi un tiers de pouce, il a en vue de compenser la perte que fait éprouver la rétraction de la peau.

Cette idée ingénieuse ne devait pas s'immobiliser sur le terrain des amputations; elle s'étend encore à l'extirpation des tumeurs volumineuses. C'est ainsi que dernièrement ayant à enlever une tumeur du sein, plus grosse que deux têtes d'adultes réunies, M. Lisfranc me fit voir qu'en reportant à ce cas particulier la règle qu'il avait posée pour les amputations, il parviendrait à conserver des lambeaux de peau exactement taillés sur la surface qu'ils devraient recouvrir.

Pour cela il prit la longueur du plus grand diamètre de la tumeur et forma des lambeaux ayant la moitié de ce diamètre plus un tiers de pouce. Le rapport de grandeur entre eux et la plaie ne pouvait être plus mathématiquement exact.

La section de la peau achevée, on conseille de la disséquer pour ensuite la relever. L'observation apprend que cette dissection, longue et douloureuse, est souvent inutile. Elle convient seulement lorsque la peau a contracté des adhérences avec les parties profondes, ou bien encore lorsqu'elle est doublée par une quantité considérable de tissu cellulaire; dans ce dernier cas il faut disséquer dans l'épaisseur des téguments eux-mêmes, afin de les dénuder d'une portion de ce tissu graisseux dont la présence dans le moignon s'opposerait à la réunion immédiate en y entretenant une suppuration abondante.

Le plus ordinairement il suffit pour relever la peau, même dans une grande étendue, de porter le couteau à ras le bord supérieur de la solution de continuité, et de couper circulairement les brides cellulo-fibreuses à mesure qu'un aide attire en haut les téguments à l'aide de ses deux mains qui embrassent la circonférence du membre.

Dans la circonstance même où les conditions anatomiques exigent la dissection, M. Lisfranc conseille de ne pas échanger le couteau à amputation contre un bistouri; car avec un peu d'habitude on dissèque tout aussi bien avec ce dernier instrument,

Digitized by Google

et on évite une perte de temps, ce qui n'est pas sans intérêt pour le patient.

f. Des cas dans lesquels on ne peut pas relever la peau. Voyons maintenant si l'anatomie des formes ne nous révèlera pas certaines dispositions où il est très-difficile et même impossible de relever la peau d'après les principes que nous venons d'indiquer. Supposons qu'on ait à pratiquer l'amputation de l'avant-bras sur son quart inférieur, et que l'on ait affaire à une femme dont l'avant-bras, volumineux et arrondi, ait une très-petite dimension au poignet. Quand on aura fait la section de la peau sur ce dernier point, et qu'on voudra la renverser sur la portion plus volumineuse du membre située immédiatement au-dessus, on ne pourra pas y parvenir par une raison fort simple, c'est que l'anneau représenté par les téguments qui doivent recouvrir la surface du moignon, ne peut pas circonscrire le périmètre d'un cercle qui est plus grand que lui.

Or, ce que je viens de supposer pour l'avant-bras s'est rencontré une fois pour la jambe à l'hôpital de la Pitié.

Un ouvrier maçon, à la suite d'une chute, présentait un état pathologique qui rendit l'amputation sur le quart inférieur de la jambe impossible. On dut donc la pratiquer au lieu d'élection, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au-dessous de l'articulation tibio-fémorale. Cet individu offrait la saillie du muscle gastro-cnémien très-haut; il avait, comme on dit vulgairement, le mollet dans le jarret; la peau et les brides étant coupées, le chirurgien ordonne à l'aide de retrousser la peau et de la maintenir relevée; l'aide, après maint effort, ne peut y parvenir. Le chirurgien de l'accuser de maladresse, et de vouloir lui montrer la manière dont il doit s'y prendre. Aide et chirurgien ne sont pas plus heureux dans leurs efforts. C'est alors que M. Lisfranc s'aperçut de la disposition anatomique particulière que j'ai signalée. Il fit remarquer que la peau coupée sur la partie inférieure, partant la moins volumineuse du mollet, ne pouvait embrasser celle qui, située au-dessus, offrait des diamètres beaucoup plus étendus.

Pour sortir d'embarras, il fallut pratiquer sur la partie postérieure du lambeau circulaire une échancrure, et il devint ainsi très-facile de le relever à la hauteur convenable.

g. De la section des muscles. Les principes établis pour la section de la peau doivent servir de guide au chirurgien pour celles des muscles. Il porte le couteau sur le côté du membre le plus rapproché de lui, à ras le point où la peau est relevée; et il a soin de toujours précéder du regard l'instrument dans sa marche s'il ne veut pas s'exposer à couper les muscles ou trop haut ou trop bas, et souvent à entamer la peau elle-même. Pour opérer sûrement la section des muscles, il faut se représenter le membre comme ayant quatre côtés, et exécuter la manœuvre en quatre temps.

Premier temps. — On imprime au couteau deux mouvements brusques et énergiques de va et de vient, jusqu'à ce que le tranchant ait rencontré l'os. Dans ce premier temps, l'instrument, tenu perpendiculairement à l'horizon, laboure toute l'épaisseur des muscles de la face externe. (Je prends la cuisse pour exemple.)

Deuxième temps. — Il consiste à faire décrire un arc de cercle au couteau, qui est ainsi ramené à la position horizontale sur la face antérieure du membre, ou en deux mouvements; on coupe les plans musculaires jusqu'à l'os.

Troisième temps. — En même temps que le chirurgien se relève afin de voir les points que le couteau va parcourir sur la face interne du membre, il ramène l'instrument perpendiculaire à l'horizon, et termine, comme il a été dit pour la face externe; seulement ici la pointe de l'instrument est portée en haut.

Quatrième temps.—Le chirurgien se baisse pour ne pas perdre de vue le couteau, qui sera dirigé à la face postérieure, suivant une ligne parallèle à celle qu'il a parcourue sur la face antérieure du membre.

En décomposant ainsi le temps de l'opération qui consiste à couper les muscles, on évite l'inconvénient de ne les diviser qu'incomplétement et de revenir sur ses pas, comme cela arrive quand on a la prétention de les couper en un seul coup et rapidement, en faisant décrire au couteau un cercle autour du membre.

D'ailleurs, pour le chirurgien exercé, ces quatre temps se résument, à vrai dire, en un seul; mais ceux qui ont moins l'habitude des grandes opérations, et c'est surtout pour ceux-là que nous écrivons, trouveront dans cette description analytique des indications dont la précision les dirigera plus sûrement. Il importe encore de bien se rappeler que, dans l'amputation d'un membre, c'est en arrivant aux muscles que le chirurgien doit faire preuve d'énergie; car, s'il attaque mollement les plans musculaires, s'il n'a pas soin de surprendre pour ainsi dire la myotilité par un coup de couteau ferme et large, ces organes, s'ils sont mal soutenus et un peu flasques, fuiront devant le tranchant, et s'ils sont au contraire durs et volumineux, on n'arrivera pas jusqu'à l'os, inconvénient dont j'ai signalé la portée quelques lignes plus haut.

Il reste à couper les fibres les plus profondes, et auparavant on devra relever les chairs; l'aide qui est chargé de ce soin, doit faire en sorte de les relever à une égale hauteur sur tous les points. Il suffit de saisir le centre de la solution de continuité

Digitized by Google

avec le pouce et l'index de chaque main, qui, en se réunissant, forment un cercle; et à l'aide des autres doigts, étendus, il refoule en haut les tissus dans les deux tiers externes des diamètres antéro postérieur et transverse de la surface du moignon.

Après avoir relevé les chairs, il faut couper les fibres musculaires adhérentes à l'os, et que leurs adhérences ont empêché de se rétracter. On conseille pour cela d'incliner le couteau; mais quel degré aura cette inclinaison? Dans quel sens aura-t-elle lieu? Ce sont là des détails qu'on néglige, en général, et bien à tort; car si notre art exige de la clarté dans les faits et de la précision dans le langage, c'est sans contredit en médecine opératoire, où tout est douleur pour le patient quand le chirurgien n'a pour se régler que des indications vagues et incertaines, incapables, par leur nature, de constituer une règle. Pour opérer la section de ces fibres profondes, il faut porter le couteau un pouce au-dessus du point où s'est terminée la première section, et lui donner une direction telle, que son tranchant forme avec l'axe de l'os un angle à sinus inférieur de 35 degrés. Le chirurgien le promène successivement sur tous les points de la circonférence de l'os en le maintenant dans cette position. On commence encore ici par le point le plus rapproché de soi, et en terminant la section à la face postérieure, on se relève sans que le couteau abandonne l'os : puis, pour qu'il n'y ait aucun doute sur la section du périoste, on fait décrire à l'instrument plusieurs cercles entiers autour de l'os; c'est ce qu'on appelle, en langage d'amphithéâtre, *faire le moulinet*.

Section de l'os. La section d'un os paraît d'une exécution si facile, qu'il semble d'abord inutile d'y insister. Toutefois, comme il n'est pas, en thérapeutique chirurgicale, de fait si minime en apparence, qui n'ait une valeur pratique réelle, et qui, conséquemment, ne soit digne de fixer l'attention du chirurgien, je formulerai ici certains principes que M. Lisfranc ne manque jamais d'exposer à ses élèves, l'expérience lui ayant appris que le maniement de la scie est souvent, entre les mains des personnes qui en ont peu l'habitude, d'une imperfection qui tient à l'absence de ces mêmes principes. Ainsi, quoi de moins rare que de voir dans les salles d'amphithéâtre, sur des membres amputés, l'extrémité des os, au lieu d'une surface plane et unie, présenter une coupe en biseau plus ou moins anguleux; c'est qu'en effet il est assez difficile de scier parfaitement droit.

Pour exécuter régulièrement ce dernier temps des amputations, le chirurgien doit faire jouer la scie avec le poignet et l'avant-bras surtout; le bras est maintenu appliqué contre la poitrine; car s'il en était écarté, il se passerait dans l'articulation scapulo-humérale des mouvements fort étendus qui nuiraient à la sûreté de la manœuvre et dérangeraient la précision de la main qui dirige l'instrument.

Il ne faut pas négliger, en commençant la section d'un os, de fixer les dents de la scie avec l'ongle du pouce de la main gauche; on évite ainsi les resauts, qui sont à craindre tant que la voie de l'instrument n'est pas frayée à une profondeur de quelques lignes. Une fois que la scie a pénétré dans le tissu osseux, on accélère sa marche par une impulsion vive et rapide, qu'on a soin de modérer et de ralentir au moment d'achever la section; en ne prenant pas cette précaution, on s'exposerait à faire éclater la lame de tissu compact qui seul maintient encore la continuité des deux fragments osseux.

Il faut, en manœuvrant avec la scie, prendre garde de ne pas employer toute la longueur de sa lame jusqu'à son insertion sur l'arbre; car on pourrait très-facilement alors faire porter ce dernier contre l'os et donner ainsi lieu à un choc désagréable, et imprimer au membre un ébranlement douloureux.

Il peut arriver, soit à la campagne, soit aux armées, que le chirurgien n'ait à sa disposition qu'une scie dont la lame est en partie usée par le service qu'elle a déjà fait. Dans ces cas, comme c'est la partie moyenne de la lame qui commence la voie et qui fonctionne le plus jusqu'à ce que la section soit entièrement achevée, c'est aussi cette partie qui est plus usée que les extrémités qui, servant bien moins, ont conservé plus d'épaisseur; aussi n'est-il pas rare alors de voir le jeu de la scie dont la voie a été commencée avec le centre de la lame, c'est-à-dire avec sa partie la plus mince, être tout à coup arrêté par l'espèce d'enclavement où se trouve la lame quand une de ses extrémités est engagée dans la voie trop étroite pour la recevoir librement.

M. Lisfranc a vu plusieurs fois cet obstacle se reproduire dans les ambulances. Le cas échéant où une amputation d'urgence ne laisserait pas le temps au chirurgien de se procurer une scie convenable, la difficulté est indiquée; on l'évitera facilement, en ayant soin de commercer et d'achever la section avec le centre de la lame, à laquelle il suffit, pour cela, d'imprimer des mouvements alternatifs ***d'envoi et de retour*** beaucoup moins étendus.

GAZ. DES HÔPITAUX.— Juillet 1840.

Note sur une modification de la méthode circulaire appliquée à l'amputation de la jambe, au-dessus des malléoles; par A. LENOIR, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc.

Lorsqu'il y a quelques années, la première édi-

Digitized by Google

tion de la médecine opératoire de M. Velpeau, et un mémoire de M. Goyrand d'Aix, eurent appelé l'attention des chirurgiens sur l'amputation sus-malléolaire de la jambe, opération qui, bien que conseillée ou pratiquée par des hommes tels que Dionis et Ravaton, en France, White, Alanson et B. Bell, en Angleterre, Vacca et Rossi, en Italie; n'avait cependant jamais été favorablement jugée par la masse des praticiens, et n'avait dans aucun pays, l'Allemagne excepté, pris droit de domicile dans la science. Lorsque surtout les ingénieux perfectionnements apportés à la jambe artificielle, par M. Mille d'Aix, et plus tard par M. A. Martin, eurent soustrait cette amputation au plus grave reproche que lui faisaient A. Paré et Sabatier, et qu'après eux tous les chirurgiens militaires de l'empire ont répétés; on vit alors les hommes les plus éminents de la pratique civile, adoptant cette opération presque nouvelle, pour tous, l'appliquer dans les hôpitaux de Paris, et demander à l'expérience la solution d'une question qui n'avait encore pour elle que les prévisions de la théorie; alors, et depuis, on publia un grand nombre de succès. Il faut le dire, cependant, tous les malades auxquels on la pratiqua n'en retirèrent pas le bénéfice qu'on en attendait; quelques-uns moururent de ses suites; quelques autres furent retenus longtemps au lit par de graves accidents qui la compliquèrent; j'ai été témoin de plusieurs faits de ce genre, et un plus grand nombre encore m'en a été communiqué; ils m'ont engagé à rechercher quelles étaient les causes de ces résultats fâcheux; et c'est parce que je crois avoir trouvé celles-ci, et le remède qu'il convient de leur opposer que je publie cette note. Mon intention n'est pas d'entrer dans le fond de ce vaste sujet, et de faire ressortir les avantages qu'a l'amputation sus-malléolaire de la jambe, sur l'amputation pratiquée dans le lieu d'élection; cette question a été jugée par l'expérience. L'opération de Solingen est désormais acquise à la pratique et elle doit y rester. C'est, au reste, un point de médecine opératoire que j'ai déjà eu occasion de traiter ailleurs : *l'indication des lieux où il convient d'amputer la jambe*, m'étant échue comme sujet de thèse dans le concours d'agrégation pour 1833, je donnai alors à la question de l'amputation sus-malléolaire tout le développement qu'elle pouvait recevoir de moi. En la traitant ici de nouveau, je ne pourrais guère que reproduire ce que j'en ai déjà dit, et je ne veux pas me donner la tâche par trop facile et trop souvent adoptée aujourd'hui, de faire d'une thèse un article de journal. Je veux seulement indiquer les accidents qui ont le plus souvent compromis le résultat heureux qu'on était en droit d'attendre de cette opération. Je veux démontrer que ces accidents tiennent à ce qu'on s'obstine à lui appliquer des méthodes routinières, quand il faudrait, au contraire, modifier celles-ci pour les approprier à la disposition anatomique des parties sur lesquelles on les exécute. Enfin je décrirai une de ces modifications qui me paraît remplir la plupart des indications que présente l'amputation de la jambe pratiquée au-dessus des malléoles.

Et d'abord quels sont les accidents qui compliquent le plus souvent cette opération? Je ne parle pas de ceux qui peuvent survenir à la suite de toute amputation, quel que soit le membre sur lequel on la pratique, et quel que soit la méthode suivant laquelle on l'exécute, tels que l'hémorrhagie, l'infection purulente, la saillie et la nécrose de l'os, etc. Je me borne à signaler ceux qui sont propres à l'amputation dont il s'agit ici, parce qu'ils tiennent uniquement ou à la conformation de la jambe ou à la manière d'agir des méthodes opératoires employées de nos jours, et je vois qu'il y en a au moins deux importants à noter à cause de leur gravité et de leur fréquence, ce sont : la gangrène de la peau et les fusées purulentes dans l'épaisseur du mollet.

Le premier de ces accidents a été surtout observé après l'application de la méthode circulaire, mais il s'est développé quelquefois après celle de la méthode à lambeaux; voici ce qui le produit dans le premier de ces deux cas : la jambe dans le point où l'on pratique l'amputation sus malléolaire, c'est-à-dire, trois travers de doigts environ au-dessus du sommet des malléoles, est là plus grêle que partout ailleurs; or, cette conformation qui est invoquée avec juste raison, comme une des causes qui rendent l'opération moins dangereuse, puisqu'en effet on obtient par elle une plaie moins étendue, devient en revanche la source d'une grande difficulté dans la manœuvre de la méthode circulaire. Le tégument assez épais et assez adhérent de cette partie de la jambe, coupé ainsi circulairement, forme une sorte d'anneau à travers lequel il est toujours très-difficile de faire passer une portion de membre plus volumineuse que celle qui se trouvait sous lui; d'où il résulte que ne pouvant refouler en haut, par simple déplacement, la peau qu'il doit plus tard rabattre au-devant des deux os et des muscles coupés à peu près sur un même plan, le chirurgien se trouve dans l'obligation de disséquer cette peau pour la relever en manchette, et c'est justement cette dissection, ou si l'on veut, cette séparation sanglante du tégument d'avec les parties sous-jacentes à lui, qui amène sa mortification, d'autant mieux qu'elle porte sur une partie éloignée du centre circulatoire et peu vasculaire par elle-même. Qu'on ne dise pas maintenant que cet accident est rare, car dans le nombre encore assez restreint aujourd'hui d'amputations faites au-dessus des malléoles, j'en ai trouvé plusieurs cas

Digitized by Google

signalés par la publicité des journaux, ou qui se sont passés sous les yeux de tous dans les cliniques. Aussi M. Mercier en a donné, dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 4e année, une observation tirée de la pratique de M. Roux. M. Baron fils en a donné une autre du même chirurgien. M. Serre, de Montpellier, en a publié un cas dans la *Gazette médicale*, année 1839, n° 26, et depuis, je l'ai observé deux fois dans la salle de M. Cloquet, à l'hôpital des cliniques. Tout récemment enfin il a été vu dans le service de M. Blandin, et je tiens de M. Seutin, de Bruxelles, qu'un des trois malades sur lesquels il a pratiqué l'amputation au-dessus des malléoles, a été affecté de gangrène de la peau du moignon. Nul doute qu'il n'en existe encore d'autres cas, mais ils sont restés ignorés, comme si les insuccès n'avaient pas aussi leur côté instructif!

Maintenant cet accident est-il inhérent à la méthode circulaire seulement? Non, car on l'a vu se développer quand on avait pratiqué la méthode à lambeaux, surtout quand, faisant deux lambeaux à la manière de Ravaton, on n'avait pas eu, comme ce chirurgien, l'attention de comprendre les muscles dans l'épaisseur de ceux-ci, et qu'on se bornait à les tailler dans la peau seulement. M. Blandin qui avait adopté exclusivement cette méthode il y a quelques années (Voy. la thèse de M. Garavel, 1837, n° 331), m'a dit y avoir renoncé à cause de la fréquence de l'accident dont il est question. On conçoit de reste ce résultat : ici comme dans la méthode circulaire, c'est toujours la dénudation de la peau, dans une certaine étendue, qui est la cause de la gangrène. Si cela est vrai, que faut-il faire pour la prévenir? Le voici : Conserver le tégument doublé de ses parties molles sous-jacentes, de manière à laisser intacts les vaisseaux qui lui apportent ses matériaux de nutrition, c'est ce qu'on obtient par la méthode à lambeaux faite comme Ravaton la faisait; c'est ce qu'on obtient plus facilement encore par la méthode circulaire modifiée, comme je l'exposerai plus loin.

L'autre accident, qui est constitué par le développement de fusées purulentes dans l'épaisseur du mollet, n'est pas plus rare. Il se rencontre sans doute des infiltrations de sang et de pus dans le tissu cellulaire qui sépare les muscles de membres autres que la jambe, et à la suite d'opérations autres que l'amputation; cependant je ne crois pas m'éloigner de la vérité en disant que ces infiltrations sont plus fréquentes dans ce membre que dans les autres après l'amputation sus-malléolaire qu'après celle qu'on pratique dans le lieu d'élection. Une disposition anatomique en rend encore compte. Cette disposition est la suivante : La jambe, dans toute sa longueur, offre en arrière deux couches de muscles superposées, et séparées l'une de l'autre par une aponévrose très forte. Un tissu cellulaire lâche et assez abondant remplit non-seulement les espaces qui séparent cette membrane des muscles, mais encore il unit ceux-ci entre eux, en s'enfonçant dans leurs différentes gaines. Remarquez en outre que dans ce point de la jambe ces gaînes sont fort résistantes, que les organes qu'elles contiennent sont pour la plupart réduits à leurs tendons, et vous aurez l'explication de la fréquence des infiltrations sanguines et purulentes qui s'y rencontrent. Les premières s'y forment comme il suit : après cette amputation, c'est la règle aujourd'hui, on réunit toujours la plaie par première intention, ou du moins on cherche par un pansement convenable à obtenir cette réunion. Eh bien, si dans cet état du moignon, il se fait un suintement de sang à la surface interne de celui-ci, ce liquide trouvant, dans les bandelettes ou dans les points de suture, un obstacle insurmontable à son écoulement au-dehors, se portera du côté où la résistance est moindre, et il s'infiltrera dans les mailles du tissu cellulaire lâche dont j'ai indiqué l'existence et la position plus haut. Maintenant supposez que l'inflammation, dont la plaie d'amputation va devenir le siége, se propage dans le foyer de l'épanchement sanguin et vous aurez alors les fusées purulentes dont j'ai parlé. Ce n'est certainement pas là la seule cause, ni l'unique mécanisme des infiltrations de pus dans l'épaisseur des muscles du mollet, à la suite de l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles, mais c'est là certainement la cause la plus fréquente et le mécanisme le plus simple. Ai-je besoin maintenant de rapporter des observations pour établir la réalité de ce second accident; elles ne me manqueront pas. J'en trouve déjà deux qui ont été recueillies dès les premières tentatives d'amputation sus-malléolaire et que j'ai citées dans ma thèse de concours. L'une appartient à M. Riberi, de Turin, et l'autre à M. Velpeau; depuis lors plusieurs autres m'ont été communiquées par différents chirurgiens, et tout récemment j'en ai eu une sous les yeux. Cet accident est donc, comme le précédent, assez fréquent, et c'est à la fois à une disposition anatomique et à un mode de pansement vicieux qu'il faut le rapporter. La première de ces deux causes ne peut être que difficilement attaquée par le chirurgien, cependant il n'est pas déraisonnable de penser qu'un bandage roulé, médiocrement serré, appliqué sur toute la longueur de la jambe, en comprimant les parties molles de ce membre et en les rapprochant les unes des autres, s'opposerait à cette infiltration du sang et consécutivement à celle du pus. La seconde de ces causes est plus facile à combattre; il suffit de tenir pendant quelques jours les lèvres de la plaie d'amputation légèrement écartées l'une de l'autre, en mettant entre elles une simple bandelette de linge fin, enduite de cérat, et de don-

Digitized by Google

ner en même temps une position déclive au membre pour prévenir l'infiltration du sang et son séjour dans le fond du moignon.

En définitive, deux accidents graves se sont déjà assez souvent développés à la suite de l'amputation sus-malléolaire de la jambe pour attirer sur eux l'attention des praticiens, et ils se montreront sans aucun doute encore, car leur développement est lié à l'existence de certaines dispositions anatomiques, et à l'application de certaines méthodes opératoires qu'elles ne peuvent recevoir sans danger. Comme il est évident qu'on ne peut changer la conformation de la jambe, il faut donc modifier les procédés ordinaires et les faire plier aux exigences de cette conformation; c'est là ce que j'ai tenté de faire en pratiquant, comme il suit, le manuel de la *méthode* circulaire.

Je suppose qu'on opère sur la jambe gauche; le malade est couché sur le bord d'un lit ou d'une table couverte d'un matelas, son pied est soutenu par un aide, l'artère fémorale est comprimée par un autre avec les doigts ou avec tout autre moyen compresseur appliqué soit dans l'aine, soit au-dessus de l'anneau du 3e adducteur; un troisième embrasse de ses deux mains le bas de la jambe, fixe solidement le membre et se tient prêt à relever les chairs dès qu'elles seront coupées. Un quatrième est à l'appareil et donne à l'opérateur les instruments dont il a besoin. Celui-ci se place en dedans du membre malade (position qui rend certainement plus facile la section simultanée des deux os); de sa main droite, armée d'un couteau interosseux, étroit et de moyenne grandeur, il fait, à un pouce et demi environ au-dessous du lieu où il se propose de couper *les os, une incision* circulaire des téguments de la *jambe, qu'il* achève en un ou en deux coups de couteau, et qui ne doit pas dépasser en profondeur le plan de l'aponévrose d'enveloppe du membre. Cela fait, il pratique de suite avec la pointe de son instrument une seconde incision qu'il abaisse perpendiculairement sur la première, elle doit être longue d'un pouce et demi et longer la face interne du tibia près de la crête de cet os. Saisissant alors avec les deux premiers doigts de la main gauche, l'un après l'autre, les deux angles de peau (A et B) qui résultent de la réunion de ces incisions, il coupe le tissu cellulaire qui fixe cette membrane à l'aponévrose et au périoste; et forme avec eux, deux lambeaux qu'il renverse sur leur base; il a grand

soin ici de conserver à ces lambeaux le plus d'épaisseur possible et de ne pas les prolonger au delà du tiers antérieur de la jambe, se bornant, en arrière et sur les côtés à couper les brides celluleuses qui unissent la peau aux parties sous-jacentes. De cette manière il obtient une sorte de manchette fendue en avant, et dont la partie antérieure est seule renversée sur les deux côtés du tibia, ce qui donne à la partie de la jambe ainsi disséquée une forme ovalaire que le couteau va suivre dans la première section des muscles.

Pour exécuter cette partie de l'opération, le chirurgien porte le tranchant de l'instrument sur le bord externe du tibia, et, le faisant agir largement, il le ramène à son bord interne, en suivant exactement la direction oblique de la manchette cutanée. Cette section ayant spécialement intéressé dans toute son épaisseur la couche superficielle des muscles de la région postérieure de la jambe (C), l'aide tire en haut cette couche musculaire avec la peau qui la recouvre, et quand, par l'effet de cette traction, ces parties ont atteint le niveau du point où les os doivent être sciés, l'opérateur pratique une seconde section à laquelle il donne une direction tout à fait transversale à l'axe de la jambe, et qui porte uniquement cette fois sur la couche profonde des muscles du membre; après quoi il pénètre, comme à l'ordinaire, dans l'espace interosseux pour couper le périoste des os. Enfin il introduit dans cet espace le chef médian d'une compresse dite rétracteur, et finit en sciant les deux os à la fois et sur un même plan (D).

Lorsque l'écoulement du sang est arrêté par l'un des moyens hémostatiques usités de nos jours, il ramène les chairs au-devant des os, et il les soutient à l'aide d'un bandage circulaire médiocrement serré qu'il applique sur tout le membre; il réunit à l'aide d'un point de suture les deux lèvres de l'incision verticale qu'il a pratiquée en avant du tibia, et la plaie ramenée ainsi aux conditions d'une plaie d'amputation circulaire simple, est maintenue légèrement béante par l'introduction, jusque dans son fond, d'une bandelette de linge fin; le pansement est terminé par l'application d'une ou de deux bandelettes agglutinatives qui rapprochent mollement les bords de la solution de continuité dans la direction du diamètre antéro-postérieur de la jambe, et qu'on re-

Digitized by Google

couvre d'un linge troué enduit de cérat, de quelques plumasseaux de charpie, d'une compresse et d'une capeline. Enfin, le malade reporté dans son lit tient son membre couché sur le côté externe et dans une position un peu déclive.

Telle est la modification que me paraît devoir subir la méthode circulaire quand on l'applique à l'amputation sus-malléolaire de la jambe. Sans doute que par elle on n'obtient pas un cône creux, régulier, également pourvu de muscles dans tous ses points, et dont le fond répond à l'os; mais aucun procédé ne donne ce résultat à la jambe. L'inégale répartition des muscles autour des deux os et l'épaisseur considérable du plan que ces derniers constituent après leur section, s'y opposent toujours. A défaut de cet avantage, elle en a d'autres, et si elle ne peut conserver des chairs musculaires là où il n'y en a pas, elle conserve toutes celles qui existent, et surtout elle les conserve dans leurs rapports de superposition en même temps qu'elle leur donne une certaine obliquité de surface, double disposition qui prévient la gangrène du tégument et qui favorise l'écoulement du pus, la rapidité de la cicatrisation et la bonne conformation du moignon.

Je pourrais, en terminant, citer à l'appui de ces paroles, quelques cas où j'ai déjà employé avec succès cette modification que je crois nouvelle; mais ces cas ne me paraissent pas encore assez nombreux ni assez probants pour rendre incontestables les avantages que je lui reconnais ici. J'attendrai donc que le temps me fournisse d'autres occasions de la mettre en usage. Je serais heureux si cette note pouvait engager mes confrères à en faire l'application, plus heureux encore s'ils voulaient bien m'en communiquer les résultats. Je publierais ceux-ci, quels qu'ils soient, avec la bonne foi qui doit être la religion de tout homme qui écrit sur un sujet de médecine ou de chirurgie pratique.

ARCHIVES DE MÉDECINE.—Juillet 1840.

VARIÉTÉS.

—

Sur la nécessité d'étudier les cas rares pour le perfectionnement de la science de la nature humaine. — Première leçon du Cours de physiologie; par M. LORDAT (1), de Montpellier.

Depuis plusieurs jours, je formais le dessein de vous faire voir, dans cette première séance, combien il vous importe de donner une attention sérieuse aux faits extraordinaires qui ont été observés de temps en temps chez les individus de l'espèce humaine; mais je me suis aperçu que, pour arriver à ce résultat, j'avais besoin d'un long appareil de preuves, dont l'exposition aurait surpassé de beaucoup le temps qui m'est accordé. Au lieu d'une *dissertation* en forme, je suis contraint de m'en tenir à une *exhortation*. Je serais heureux si les *motifs* détachés, que je jette dans votre esprit comme des jalons, pouvaient l'animer et germer eux-mêmes assez vigoureusement pour qu'ils s'unissent réciproquement et formassent un corps logique régulier.

Je puis tout espérer de la fertilité du terrain où je plante. Si un jour votre conviction est aussi complète que la mienne je ne pourrai me vanter que du choix du sujet et de quelques matériaux informes; tout le reste, vous le devrez à vos propres réflexions, dont mes paroles n'auront été que l'occasion.

Lorsqu'après la destruction de l'antique Université de Paris, le gouvernement républicain substitua l'*Ecole de santé* à la faculté de médecine, le directeur, outre ses fonctions administratives, se trouva chargé d'expliquer la doctrine d'Hippocrate et l'*histoire des cas rares*, c'est-à-dire des phénomènes extraordinaires qui ont été observés, en divers temps, chez quelques individus humains, dans l'ordre anatomique et dans l'ordre physiologique.

Le premier titulaire fut un savant distingué, M. Thouret, ancien docteur-régent de la Faculté et membre de la Société royale de médecine. Comme on a des raisons pour penser qu'il n'avait été étranger ni à la division des matières, ni aux attributions des chaires, nous pouvons juger quelles étaient les parties de la science médicale pour lesquelles il avait de la prédilection, et quel était le cas qu'il en faisait (1).

Depuis cette époque il est survenu bien des changements, et dans les dispositions didactiques et dans

(1) L'élévation des vues, la puissance de la dialectique et la grâce si parfaite du style, font de cet article un écrit aussi remarquable par le fond que par la forme.

(*N. du R.*)

(1) On m'a assuré que M. Thouret s'était dispensé de faire la seconde partie de son cours, et qu'il n'avait jamais fait une leçon sur les *cas rares*. On a pu regretter avec raison les faits que ce professeur éclairé, spirituel, érudit, était en état d'exposer à ses élèves; mais je doute qu'on ait dû regretter beaucoup la philosophie avec laquelle il les aurait appliqués aux diverses parties de la médecine. La logique qu'il a suivie dans son *Examen du magnétisme animal* est si fautive, si éloignée des règles de l'art d'interpréter la nature, qu'elle ne peut être d'aucun usage dans la science de la nature humaine.

Digitized by Google

le personnel : par exemple, on remarque que depuis longtemps on ne lit plus, dans le catalogue des chaires de la Faculté de médecine de Paris, l'enseignement des *cas rares*. Nous nous étonnons de la suppression de ce titre. Comment une partie médicale, confiée à l'un des hommes les plus éminents, est-elle tombée, ou dans l'oubli, ou dans l'indifférence, ou dans le discrédit?

En examinant de près cette question, il m'a paru que tous les points de l'histoire des *cas rares* n'étaient pas également négligés : les *cas* de l'ordre anatomique sont étudiés; mais il n'est guère question de ceux de l'ordre physiologique. Les monstruosités, les anomalies dans la distribution des vaisseaux sanguins, les pieds-bots, les imperforations, les phénomènes pathologiques singuliers qui intéressent la chirurgie sont recueillis avec soin. S'ils ne sont pas le sujet d'un enseignement spécial, ils sont célébrés; ils retentissent dans les Académies; ils sont longuement décrits et commentés dans les journaux; pendant longtemps ils ont été mentionnés dans les leçons de chirurgie et d'anatomie, avec lesquelles ils ont quelque rapport de près ou de loin. Mais il n'en est pas de même des singularités observées dans l'exercice de la force vitale de l'homme, sans altération matérielle. Ces faits, autrefois propagés, enseignés dans les écoles, publiés sous les noms de *casus rariores*, de *historia medica admiranda*, de *praxis miranda*, sont maintenant ignorés; ceux que la nature nous présente encore sont inaperçus, dédaignés, repoussés avec dérision...

Pourquoi traite-t-on si différemment deux ordres de faits également singuliers? Si l'on y pense, l'on verra pourtant qu'ils proviennent de la même source; que les altérations anatomiques congéniales, les monstruosités ou les difformités primitives, sont les effets de la même cause qui produit les phénomènes transitifs les plus bizarres, c'est-à-dire des variations qui surviennent dans le dynanisme humain. Comment peut-on tant estimer les uns et tant dépriser les autres?

La cause immédiate ou prochaine de cette disposition générale des esprits se trouve dans la préférence que la majorité donne aux connaissances matérielles sur les notions intellectuelles. La présence d'un fait constant et permanent qui frappe les sens absorbe toute l'attention : on en oublie l'origine et la cause, occupé que l'on est de classer ou de l'employer à un usage mécanique. Mais un phénomène vital, fugitif, extraordinaire, n'est souvent aperçu que par les connaisseurs; il s'est dissipé avant qu'un nombre suffisant de témoins ait pu s'assurer de sa réalité et en établir une notoriété publique : comme il n'en reste rien de visible, nous ne pouvons qu'en rechercher les rapports, les affinités et les causes, travail intellectuel qui a de grandes difficultés et qui n'est plus à l'ordre du jour.

Mais comment quarante années ont-elles pu changer les esprits, dans la république médicale, au point de leur faire abandonner et presque conspuer une connaissance, qui, à la fin du dernier siècle, était en honneur dans les écoles, et dont l'enseignement était confié aux hommes les plus considérés? Voilà un problème qu'il serait utile d'examiner et dont je ne crains pas d'énoncer la résolution, quoique, faute de temps, la démonstration ne puisse pas vous en être ici présentée.

La cause principale de ce changement est le défaut de proportion introduit entre les études théoriques de la médecine et ses études cliniques. Avant la révolution survenue dans l'enseignement, par conséquent avant la réunion des Facultés de médecine avec les Ecoles de chirurgie, l'instruction de l'étudiant était d'abord toute mentale. Les maîtres s'appliquaient à lui former la tête. La science tout entière était dans son entendement, avant qu'il eût vu aucun des faits qui en sont la base. La clinique, alors purement officieuse, pouvait être considérée seulement comme exemple de la réalisation matérielle des idées que l'étudiant avait conçues primitivement. Elle était la corporification de certains cas de la pathologie et de la thérapeutique, dont il était intellectuellement pénétré.

Quand les cliniques ont acquis un grand développement, les jeunes gens se sont accoutumés à n'étudier la science que par les sens. On ne les a plus appelés *disciples*, mais *élèves*. Ils ont déserté les salles de la Faculté et ont afflué dans celle des hôpitaux. La clinique chirurgicale a offert aux novices un attrait spécial, parce que ses opérations ont été des spectacles longtemps avant d'avoir été une source d'instruction pour eux. C'est surtout à Paris que s'est faite cette transmigration des élèves, parce que le nombre des lits leur a paru une nosologie complète. Dès lors ils se sont crus dispensés d'étudier les principes formulés de la science, les descriptions abstraites des faits généraux, la comparaison des cas journaliers avec les cas insolites, l'art de les distinguer ou de les fondre ensemble suivant la nature de leurs causes expérimentales. Ils ont trouvé plus commode, et ils ont jugé plus sûr, de se faire une médecine pratique d'après ce qu'ils ont vu, et de regarder comme non avenu tout ce qu'ils n'auraient pas observé. Et voilà comment les cliniques, primitivement établies pour hâter et populariser l'art, sont devenues une des causes les plus puissantes de la dépopulation de la science.

Que Dieu me préserve de jamais m'élever contre la clinique didactique! Mais cette heureuse création

Digitized by Google

n'est pas plus exempte de tout inconvénient que les autres institutions. Le monde entier parle de ses avantages ; me voilà forcé néanmoins d'en laisser apercevoir une suite fâcheuse.

La tendance que j'ai signalée étant devenue très-rapide dans la faculté la plus fréquentée, il en est résulté, pour la majorité des médecins, l'oubli de cette vérité si nécessaire, *que la quantité des choses que le praticien le plus employé a vues est immensément plus petite que celle des choses qu'il n'a pas vues*. De cet oubli découlent la désuétude d'un grand nombre de principes doctrinaux d'un ordre élevé, l'ignorance de bien des faits vitaux indispensables à connaître, le mépris du passé médical, une différence profonde pour l'érudition anthropologique, un grand désir de paraître fort instruit des *cas rares* de l'ordre anatomique, et une affection extrême de se montrer *esprit fort* (incrédule) à l'égard des phénomènes singuliers de l'ordre physiologique dont on n'a pas été témoin. Que dis-je? nous voyons aujourd'hui des hommes, d'ailleurs estimables, qui, après avoir appliqué leurs sens, tout à leur aise, sur des phénomènes différents de ceux qui leur sont familiers, prononcent sérieusement ce que Fontenelle avait lâché, par une intention épigrammatique et plaisante, la fameuse hyperbole : *je l'ai vu et je ne le crois pas.*

Ce dernier travers, qu'on a vu sporadique dans tous les temps, par l'effet de l'ignorance individuelle, et qui aujourd'hui est devenu épidémique, par le vice de la tendance didactique dont je parle, pourrait être nuisible à vos progrès, si vous en étiez atteints. Vous en avertir m'a paru un devoir : si je n'ai pas le temps de vous en garantir, j'ai dû vous le signaler, pour que vous puissiez vous tenir en garde contre un vice qui gagne toujours et qu'il serait temps d'arrêter.

Vous ne pensez pas, j'espère, que je me déclare le champion général de tous les thaumatographes, de tous les auteurs qui ont accumulé dans leurs ouvrages des récits merveilleux, tels qu'Hérodote, Pline, Tive-Live, Obsequens et tant d'autres, pour qui le premier soin était d'intéresser, fût-ce même aux dépens de la vérité. Ce que je désire, c'est que vous distinguiez les observateurs médecins judicieux d'avec les autres narrateurs ; que vous ne vous armiez pas de préventions contre les faits singuliers, ou quand il dépend de vous de les vérifier, ou quand il vous est permis d'en calculer la crédibilité, soit par les rapports qu'ils ont avec la connaissance de la nature humaine, soit par l'emploi des règles relatives au témoignage des hommes. Je désire que vous ne vous priviez pas d'un moyen d'instruction indispensable à vos succès, et d'une partie inséparable à la science que vous venez étudier.

J'ai cherché à savoir quelles sont les accusations par lesquelles les ennemis des *cas rares ou nouveaux* en décrient l'étude ; mais j'ai eu beau m'en tenir aux écoutes, je n'ai entendu que répugnances, incrédulité obstinée, non raisonnée, arguments indirects et détournés : jamais un véritable argument *ad judicium*, pour parler comme les logiciens.

Voici ce que les esprits forts en disent :

1° Les *cas inouïs* de l'ordre physiologique ne sont dignes d'aucune confiance ; ils ne méritent donc aucune attention.

2° Les *cas rares*, en général, sont inutiles à la médecine pratique, puisqu'un axiome professe que *rara non sunt artis.*

3° Ils ont été recueillis pour intéresser, et non pour instruire ; ils sont esthétiques et non philosophiques.

4° Le médecin ne peut pas s'en prévaloir, puisque le public ne les croit pas et même qu'il s'en moque.

1. *Les cas inouïs de l'ordre physiologique ne sont dignes d'aucune attention.*

Quand j'ai voulu analyser cette qualification grave, et la réduire à des termes plus positifs, quelques-uns de ces cas ont été déclarés *impossibles*, quelques autres *invinciblement incertains*, d'autres enfin des *anomalies.*

1° Mais quand j'ai demandé une démonstration *à priori* de l'*impossibilité* des cas les plus singuliers, je n'ai pas trouvé un homme capable de la faire. Ceux qui traitent d'*absurdités* les *cas rares* consignés dans les écrits des médecins sont des savants fort estimables, des physiciens, des mathématiciens, mais qui sont étrangers à la connaissance du dynamisme humain ; qui, par conséquent, sont hors d'état de concevoir l'étendue et les limites de ce *pouvoir*, et qui emploient le mot *absurdité* sans avoir réfléchi sur sa valeur, et avec l'exagération de nos élégants et des jolies femmes.

N'abusez pas de ce terme, ne confondez pas l'*impossible* avec l'incroyable. L'*impossible* est une chose absolue, démontrable, apodictique. L'*incroyable* est une disposition mentale relative, qui se mesure dans chaque individu d'après la qualité et le nombre des idées qu'il possède touchant le sujet déterminé. Cette disposition ne se compose pas seulement de la distance qui sépare le fait examiné des connaissances dont l'esprit est muni ; elle se calcule encore d'après les probabilités testimoniales dont il est accompagné.

L'incrédibilité vulgaire d'un cas rare ne vous autorise pas à le rejeter ; il n'est définitivement exclu que lorsqu'il est impossible. Or, qu'est-ce qui constitue l'impossibilité? C'est l'évidence d'une opposition entre l'assertion d'un fait et la nature d'un être dont toutes les lois sont parfaitement connues. Pour re-

Digitized by Google

pousser un fait énoncé par un médecin grave, on s'engage donc à faire voir que l'on possède l'intelligence parfaite de la nature humaine... Quel est celui qui oserait se glorifier de cet avantage? Ce ne serait certainement pas celui qui aurait le plus travaillé à l'acquérir. L'anthropologie est dans l'enfance; les phénomènes qui en font le sujet sont si variés et si nombreux qu'il est prodigieusement difficile de les embrasser tous. Les auteurs qui ont voulu les étudier profondément se sont contentés d'en considérer quelques-uns, et sont restés étrangers aux autres. Cette étroitesse du sujet de la contemplation n'a pas été seulement le vice ou la faiblesse des individus, c'a été encore le mal de la plupart des écoles, qui, dans les divers siècles, ont cultivé tour à tour diverses parcelles du champ, et en ont laissé la plus grande partie en friche.

Lorsque l'étude de la force vitale a été cultivée à la manière d'Hippocrate, on a négligé la science du sens intime et celle de l'anatomie. Quand l'étude de l'*impetum faciens*, ou du *calidum innatum*, a porté les esprits vers la nature, ou l'essence de cette cause, on a vu la même négligence et de plus un oubli des faits pathologiques. Quand l'étude de la psycologie a dominé sur celle de la biologie, la thérapeutique s'est rapetissée. Quand l'anatomie est devenue brillante, toutes les parties de la science du dynamisme humain se sont éclipsées, et il y a peu de temps qu'elles étaient réduites à un des nombreux faits physiologiques qu'il faut étudier, savoir : à l'*irritabilité* hallérienne, ou l'opinion vague, insignifiante, des *propriétés vitales*.

Ceux qui ont ainsi restreint le sujet de leurs recherches ont pu se faire illusion sur les lois de la science de l'homme et s'imaginer que les faits ignorés et possibles devaient tous être attribués aux causes par eux étudiées; ils ont donc pu se croire en état de déterminer la liste des effets et des causes. De là tant d'hypothèses, de prétentions, d'incrédulité, de bonne opinion de soi-même, de jactance.

L'école de Montpellier a voulu de bonne heure faire marcher de front toutes les parties de l'anthropologie, c'est-à-dire connaître tous les faits, les diviser en catégories, d'après leurs différences les plus profondes, en assigner les causes *expérimentales*, chercher, d'après ces terminaisons, une idée *conclusive* de la loi qui donne l'harmonie et l'unité à l'agrégat humain. Les résultats de cette philosophie ont été de repousser toute hypothèse; de reconnaître, dans le dynamisme qui constitue l'unité du système humain, un grand nombre de causes ou facultés dont l'école ne se vante pas de pouvoir aujourd'hui circonscrire le catalogue, les limites, ni l'étendue; de faire considérer la science de l'homme, non comme une *science faite* mais comme une *science qui se fait;* de faire naître chez les plus studieux cette timidité que l'on a remarquée dans la signature des artistes grecs, qui sur leurs statues gravaient : *Phidias*, *Praxiteles*, *Alcamenes... faciebat*, et non *fecit*, disant en quelque sorte : *l'auteur ne présente pas cet ouvrage comme un modèle de l'art, mais seulement comme le résultat des efforts qu'il a faits dans une carrière dont le terme est encore si loin.* Voilà ce qui explique dans cette école la sobriété des productions, sa méfiance contre les novations, sa retenue relativement aux faits singuliers, ses égards pour les observations même inouïes, sa répugnance à prononcer leur *impossibilité*, sa déférence pour le témoignage des hommes revêtus des conditions requises (1).

Quand vous entendrez un médecin élevé suivant cette direction taxer un récit nouveau d'*absurdité*, rapportez-vous-en à lui, parce qu'il sait la valeur du terme. Mais, quand une pareille qualification sortira de la bouche de personnes élevées dans des écoles moins sévères, ne prenez le mot *absurdité* que comme une *incrédulité* relative aux lumières et à l'éducation de ces individus; proportionnez votre confiance à la gravité de chaque juge, et pour plus de sûreté, révisez la sentence.

2° Les esprits forts parlent de l'*incertitude des cas rares*. Tant pis pour ceux qui ne tardent pas à la dissiper, soit par la dissection interne de chaque cas, et par les rapports cachés qu'il peut avoir avec les faits ordinaires, soit par la critique testimoniale.

3° Ils parlent encore des *anomalies*.... Mais, quel que soit le sens dans lequel vous employiez ce mot, il ne vous est jamais permis de négliger ce qu'il désigne, moins encore de le dédaigner. Que voulez-vous dire? Une anomalie est-elle pour vous un phénomène rare ou unique, qui ne s'opère pas conformément aux conditions journalières et évidentes de sa formation? Ce n'est que l'expression du fait; c'est à vous à rechercher les circonstances qui font connaître des conditions auparavant inconnues. Le phénomène vous semble-t-il un événement contraire

---

(1) Il y a quelques jours que des hommes éclairés, MM. Piedagnel et Cottereau, ont communiqué à l'Académie royale de médecine un mémoire portant que, dans le cours d'un accouchement, la mère avait senti vivement des impressions très-fortes, qui avaient été faites sur le scrotum de l'enfant encore engagé. Quelques membres ont rejeté ce fait comme *impossible*, parce qu'on n'a pas pu trouver encore, dans le cordon ombilical, des nerfs qui communiquent entre le fœtus et la mère, seul moyen, suivant eux, de donner une sensibilité commune à ces deux êtres. M. Gerdy a nié qu'il y eût *impossibilité*, parce que, dans certains cas, une partie continue avec le système, mais dépourvue de nerf, a intéressé vivement le sens intime de l'individu. Néanmoins, en rejetant l'*impossibilité*, il n'a point admis le fait actuel; on l'a trouvé *incroyable*.

Digitized by Google

aux *lois* de la nature? Prenez garde à vous ! un tel phénomène serait un *miracle,* un effet spécial et immédiat de la toute-puissance. Avant de parler ainsi, soyez sûrs de toute la valeur des lois présumées violées : n'invoquez pas en vain le nom de Dieu. Regardez plutôt si vous n'avez pas appelé *infraction de la loi* un événement qui prouve que vos formules étaient vicieuses : dans ce dernier cas, corrigez vos sciences et appréciez mieux les prétentions d'une physiologie dont vous vantiez les principes.

Lorsqu'on entend parler d'un fait singulier, rare, inouï, le premier soin doit être, en philosophie, de chercher à le mettre en lumière, pour pouvoir apprécier la distance qui le sépare des faits communs, et le degré de la vraisemblance que les historiens ont donnée au récit. Loin de là, les antagonistes déclarent le fait controuvé; ils travaillent à rendre ridicule toute recherche; en professant leur incrédulité, ils espèrent retrancher le *cas* de la science. Cependant, s'ils y pensaient, ils verraient bien que s'obstiner à n'admettre que ce qu'on a vu ou senti, c'est renoncer à toute connaissance testimoniale et traditionnelle, c'est nous réduire à la condition des bêtes. Nous voulons plus que personne que les propositions de fait soient *certaines;* mais il est impossible que la *certitude* soit *physique* pour chaque individu. Il faut bien que les absents d'un phénomène se contentent d'une certitude *morale,* sous peine d'ignorer la science à laquelle il sert de base. C'est dans ce sens que Bâcon vous dit que, pour apprendre, il faut un degré de confiance : *Oportet discentem credere.*

Gardez-vous de croire que les *cas rares* adoptés par Schenck, par Fabrice de Hilden, par Marcellus Donatus, par Bartholin, par Stalpart Vander Wiel, par Friller, par Haller, ne soient que des légendes sans critique : de pareils hommes ne les ont admis que d'après les règles logiques relatives à la certitude morale. Pas un de ces savants ne s'est avisé de recevoir un fait impossible : aucun *cas rare* n'est mis en circulation que lorsqu'après mûre réflexion on a vu que son impossibilité ne pouvait pas être démontrée. Les amis de cette philosophie n'ont pas manqué de voir si, dans la dissection des faits mêmes, il y avait des circonstances qui impliquassent contradiction. Ils ont porté un examen sévère sur la véracité, la dignité, le désintéressement des témoins. Ils ont eu le soin de réunir les cas analogues et de fortifier chaque cas inouï par une série de cas nuancés, dont les singularités décroissantes allaient, suivant la loi de continuité, depuis le fait le plus étonnant jusqu'aux faits de même nature les plus vulgaires. Rien n'a manqué dans ce genre de recherche.

Ne vous imaginez pas que les esprits forts se soient donné autant de peine pour démolir cet édifice. Toute leur réfutation est fondée sur cette idée; que tout ce qu'ils n'ont pas vu est impossible; que tous les pouvoirs de la nature sont renfermés dans ce qu'ils ont vu à l'Hôtel-Dieu ou dans leur pratique. En conséquence, ils se dispensent de la critique des témoignages. C'est fort commode, mais la science et l'humanité s'indignent contre cette paresse.

Des auteurs connus et graves assurent qu'un individu, plongé dans un sommeil magnétique, a pu subir une opération chirurgicale très-douloureuse sans en rien ressentir. J'adopte ce fait, et je l'enseigne sans la moindre hésitation, quoique je ne l'aie pas vu. Mais cette acceptation est-elle l'effet de ma crédulité et d'une confiance irréfléchie? Non, Messieurs, voici ma loi de continuité et mes témoins. Le sommeil, qui est souvent assez léger pour qu'il se dissipe par une impression médiocre sur quelqu'un des organes externes, résiste quelquefois à des excitants très-commoteurs. Ravaton dit que des soldats sont restés endormis auprès d'un canon qui tirait. Feu Laënnec, me parlant un jour de la manière dont il dormait habituellement, me raconta le fait suivant. Lors de la guerre civile de la Vendée, il eut occasion de coucher dans une maison de campagne de la Bretagne; il s'endormit à son heure ordinaire et ne fit qu'un somme jusqu'au lendemain, et néanmoins deux troupes opposées s'étaient livré, pendant la nuit et devant la porte, un combat furieux fort long, durant lequel l'explosion des fusils et des canons avait brisé les vitres de la chambre où il était couché. J'ai vu moi-même une femme dont le sommeil résistait d'ordinaire pendant plusieurs minutes à des secousses très-fortes. Des maladies comateuses rendent quelquefois les malades *inéveillables* pendant la durée de l'attaque, comme Winslow l'a vu dans l'asphyxie.

Les maladies extatiques nous présentent un pareil phénomène : je ne connais aucun moyen de dissiper un paroxysme d'extase. Une femme, sujette à des attaques de cette maladie, voulut se faire extirper un bouton cancéreux de la lèvre supérieure. J'invitai M. Maisonnabe à faire cette opération. Au premier coup de bistouri, la malade tomba dans son paroxysme. Cette opération et celle du bec-de-lièvre consécutive furent laborieuses et longues; cependant la malade ne sentit rien, et elle fut surprise lorsque, ayant été portée dans son lit, elle apprit tout ce qui s'était passé.

Je sais, d'après mon expérience, que le magnétisme animal peut occasionner ou l'extase ou un somnambulisme extatique profond, qu'un fort pincement ne fait pas disparaître. Voilà ce que je sais de certitude physique. M. Kuhnholtz me dit que, dans un somnambulisme pareil, il a fait, en présence

Digitized by Google

de douze personnes, arracher une grosse molaire à une jeune femme, qui n'a pas donné le moindre signe de sensation. Je ne pouvais douter un instant d'un fait que me racontai l'historien, dont je connais les lumières et l'impeccable véracité. — Autre fait analogue : un homme dont vous dévorez les ouvrages, dont j'admirais le talent et honorais le caractère, longtemps avant que j'eusse eu l'occasion d'aimer la personne, M. J. Cloquet a raconté, il y a huit ans, à qui a désiré l'entendre, qu'il a fait l'amputation d'un sein cancéreux, sans causer aucune douleur, à une femme que l'on avait mise dans une extase au moyen du magnétisme animal. Ce fait se rapprochait tant de mes propres observations, qu'il a eu pour moi une certitude suffisante. Que pourrais-je désirer encore? La connaissance de l'histoire porte ma conviction au plus haut degré, et si je croyais aux Ordalies (aux jugements de Dieu), je ne balancerais pas à mettre *ma main au feu.*

L'esprit fort se donnera-t-il la peine de réfuter mes motifs d'admission? Non, il hochera la tête, sourira, et dira... *à d'autres!...* En effet, il ne veut pas se donner la peine de savoir quelles sont les allures et les facultés de la puissance qui nous vivifie.

II. *Cette étude*, disent-ils, *n'est d'aucune utilité dans la pratique*. Quand vous examinerez cette question, vous ne tarderez pas à voir combien cette proposition est fausse. Elle l'est *directement*, parce que, dans une foule d'occurrences, la médecine légale ne peut s'exercer avec probité qu'en invoquant les souvenirs des *cas rares*, et que, dans le cours de la pratique médicale, le médecin qui a le plus médité sur les faits singuliers a un grand avantage sur ceux qui n'y ont jamais réfléchi. Les faits par lesquels on peut le prouver se présentent en si grand nombre, que je dois résister au plaisir de faire une réfutation si facile, en considérant que le temps destiné à cette séance est très-court.

Cette proposition est fausse *indirectement :* en effet, un art ne peut avoir d'autre solidité que celle qui réside dans la science dont il procède. Notre thérapeutique sera toujours proportionnée à notre doctrine. Si donc on peut prouver que la connaissance des *cas rares* est indispensable pour la vérité des propositions doctrinales, on sera forcé de convenir que l'art ne peut pas être indifférent à ces faits. Or, quoi qu'on en dise, les faits rares font partie intégrante de la science.

III. Je ne conçois pas que l'on puisse philosopher en physiologie, sans avoir présents à l'esprit les faits dont on n'a pas prouvé la fausseté. *Ces faits,* disent les esprits forts, *sont esthétiques et non philosophiques.* Veulent-ils dire que ces faits n'existent pas? J'ai répondu. Veulent-ils dire que, nonobstant leur réalité, il faut passer outre et raisonner en physiologie sans y prendre garde; c'est heurter le bon sens. Quand un *cas rare* n'a pas été reconnu *impossible*, ni jugé *incroyable* par les compétents, le retrancher de la science et le rendre *exceptionnel*, ce qui voudrait dire nul, c'est être étranger à toutes les règles de la philosophie naturelle. Un fait inouï, non impossible, arrête le théoriseur le plus déterminé, s'il sait raisonner. Il faut que ce fait ait une place. Elle sera ou parmi les faits ordinaires, quand il sera dépouillé de quelques circonstances bizarres qui lui avaient donné son étrangeté;... ou elle constituera une catégorie spéciale.

Les faits extraordinaires sont aussi incorporés dans la médecine que les journaliers; nous ne sommes pas plus dispensés d'étudier les premiers que les seconds. La médecine qui n'aurait pas assigné les places des *cas rares* serait toujours incomplète; celle qui les exclurait par sa doctrine serait fausse.

Non, Messieurs, un fait très étonnant n'est point dans la science pour en orner l'exposition, pour tempérer l'aridité d'un travail didactique : son usage est d'établir ou de confirmer une vérité générale, qui sans elle serait ou inconnue ou mal signalée.

La plupart des auteurs qui, loin de redouter les *cas rares,* les ont abordés franchement, les ont expliqués, ou s'en sont servis pour renforcer ou rectifier les dogmes de la science, ces auteurs, dis-je, ont fait des ouvrages d'une portée plus élevée que celle des livres où ces cas ne trouvent point de place. Pour ramener ces faits aux lois connues, il a fallu aller à la recherche des causes de la singularité. Pour établir une loi nouvelle, il a bien fallu connaître toutes celles qui existaient auparavant, fixer exactement les limites de celles qui se rapprochent le plus de la nouvelle, et montrer la nécessité de cette création. Si ces opérations mentales supposent de la supériorité chez ceux qui les ont faites, elles attestent de l'intelligence et de la sagacité chez ceux qui les conçoivent.

Le commerce du génie qui crée et de l'entendement qui veut en recueillir les fruits devait être l'objet d'une flatteuse émulation. Malheureusement les ennemis de l'étude que je vous recommande travaillent à vous décourager et à vous comprimer dans une sphère inférieure dont vous pouvez sortir heureusement quand vous le voudrez. Ils vous calomnient et vous trompent. Ils vous calomnient, en disant que vous êtes incapables de comprendre ces productions; ils vous trompent, s'ils vous persuadent qu'elles sont frivoles. Ils vous causent un vrai dommage quand ils vous engagent à préférer les livres les plus élémentaires, les plus légers, les plus faciles, et partant les moins substantiels.

Ils se prévalent sans doute de la rareté des livres qui ont été faits pour ces hautes pensées, et de l'abondance de ceux qui ont été faits pour des doctrines plus vulgaires. Mais je voudrais, en opposi-

Digitized by Google

tion, que vous voulussiez entendre les avertissements que Bâcon nous donne, quand il compare les doctrines diverses considérées dans la suite des siècles, et vous sentiriez que la fréquence et la rareté de livres divers peuvent nous donner des appréciations préjudicielles fort différentes de celles du public. A ses yeux, le temps est comme un fleuve qui coule et qui entraîne les idées émises par les hommes dans le cours des âges. Les matières qu'il porte varient beaucoup par leurs pesanteurs spécifiques. Celles dont la substance a le moins de densité, dont la consistance se prête à toutes les formes, et dont la valeur principale tient de l'art, sont les plus légères; elles flottent, sont poussées par tous les vents, et sont à la portée de tout le monde. Les matières qui ont le plus de gravité, les métaux les plus précieux, en qui la substance l'emporte sur la forme, roulent lentement dans le fond, stagnent souvent, et ne changent de place qu'à l'occasion d'une commotion extérieure.

Je verrais avec une douleur amère, qu'après de tels avertissements, vous restassiez au-dessous de votre dignité; que vous ne remplissiez pas votre destinée; que, dans la recherche des objets qu'entraîne le courant du temps scientifique, vous vous contentassiez de tendre une nasse pour prendre quelques faits vulgaires, quelques théories passagères qu'une écumoire emporterait, et que vous ne voulussiez pas consentir à entrer dans le fleuve, à plonger jusque dans le fond pour y pêcher de vrais trésors.

IV. L'argument le plus embarrassant que l'on vous adressera contre l'étude des *cas rares*, c'est celui qui ne touche point à la matière, mais seulement à vos intérêts : *quoi qu'il en soit de ces récits*, vous dira-t-on, *personne n'y croit, si vous vous en occupez sérieusement, on vous plaindra, ou l'on se moquera de vous, et vous serez deshonorés.*

Le précepte du *respect humain* est en général fort prudent, et je tiens trop à votre tranquillité et à votre bonheur pour que je vous engage à le négliger. Je crois bien que vous n'êtes pas tenus à une grande reconnaissance pour ces sortes d'avis charitables, parce que l'avertissement a été donné moins à votre profit qu'à celui du conseiller que votre doctrine importune. Mais il faut en tirer parti. Vous connaissez tous le mot de Fontenelle : *Si j'avais dans ma main toutes les vérités, je me garderais bien d'éparpiller mes doigts.* En effet, Fontenelle n'avait pas de goût pour le martyre. Si vous êtes aussi amis du repos que lui, imitez-le, et ne vous érigez pas en missionnaires scientifiques.

Mais ces vérités que je vous conseille de garder, ne les serrez pas au point de les étouffer; servez-vous-en pour votre usage, et pour ceux qui en sentent le prix. Soyez circonspect, disait Bourdaloue, ne soyez ni indiscret, ni trop ardent; mais conservez toujours votre foi et vos mœurs.

Une des positions les plus pénibles où vous puissiez vous trouver, c'est celle où vous serez lorsque ayant acquis avec peine, zèle et attention, quelques connaissances peu connues, accompagnées d'une certitude physique ou morale, vous verrez une dédaigneuse et insouciante incrédulité ricaner aux dépens de votre labeur. Vous pourrez trouver en vous un dédommagement, et la morale veut que vous vous en contentiez. Il vous est permis de vous dire dans le fond du cœur : *Cet esprit fort qui s'unit à la tourbe contre moi, et qui ne m'épargne ni sarcasmes humiliants, ni justifications ironiques, est doublement mon inférieur sur un point : je possède des vérités qu'il ignore et qu'il repousse; de plus, il est imbu d'une doctrine avec laquelle elles sont incompatibles, et par conséquent d'une doctrine impitoyablement erronée.* Cette satisfaction interne doit vous suffire. Si vous voulez la manifester, vous serez taxés d'orgueil et d'arrogance, et la majorité ne souffre pas qu'on ait raison contre elle.

Ce n'est que de cette manifestation que Barthez a été coupable; et cependant la haine qu'il a excitée et qui n'est pas encore éteinte, n'a pas eu d'autre source que l'expression de ce sentiment de supériorité. Lorsqu'il voulut imprimer à la science l'exactitude dont elle est susceptible, et donner aux propositions fondamentales la généralisation et la rigueur dont elles avaient besoin, il ne put le faire qu'au moyen des faits ignorés du vulgaire. L'éclat de son talent et de son enseignement blessa certains collègues qui l'accusaient *d'avoir usurpé à son profit la dignité de la Faculté* (1). Comme ils n'étaient pas de force à examiner pied à pied, dans cette doctrine si serrée, les propositions, leurs preuves, leur enchaînement, ils voulurent l'inquiéter en insistant sur la *singularité* des faits dont il s'était servi. Barthez, que sa profonde instruction mettait en état d'accompagner chaque fait d'un grand nombre d'analogues, humilia ses confrères en faisant voir en eux un défaut de lecture, qui alors était honteux chez des hommes chargés d'enseigner. Quelque excusable qu'il fût dans cette guerre intestine de vanité, ils voulurent se venger de lui, et ils le représentèrent partout comme un être insupportable, bouffi d'un amour-propre immodéré, offensif et ridicule. Un jour qu'il était chez M. de Périgord, dans une société nombreuse de prélats et de seigneurs de la province qui tenaient les états, et dans laquelle se trouvait, par parenthèse, un jeune abbé devenu

(1) Expression de M. Chateaubriand.

Digitized by Google

depuis si célèbre sous le nom de prince de Talleyrand, l'archevêque de Narbonne voulut le plaisanter doucement sur cette réputation juste et calomnieuse. Quoique le fait fût accompagné de toute la grâce possible, Barthez en sentit toute la portée, et il se hâta de l'arrêter avant que l'agacerie tournât en raillerie : « Ceux qui parlent de mon orgueil, dit-il, ne m'ont pas toujours vu. Quand je pense seul à la science en général, et surtout à celle que je cultive spécialement, je me sens confondu, humilié, et je me prosterne. Mais quand je suis à la Faculté ou dans d'autres lieux de réunion, je me compare...., et alors je ne tarde guère à me consoler et à me redresser. » Tous ces mots furent accompagnés d'un jeu très-expressif.

En pareille circonstance, messieurs, je ne puis pas condamner un sentiment aussi légitime ; mais l'expression n'en peut être autorisée. La sagesse et la prudence vous recommandent cette *modestie de cœur*, cette bonté délicate (dit un écrivain moderne) « qui *vous* défend de *vous* mettre en parallèle avec qui que ce soit, lorsque l'avantage serait de *votre* côté. » (1).

C'en est assez sur les convenances morales; retournons aux devoirs que la philosophie nous impose. Si vous voulez connaître l'homme tout entier, et le connaître tel que la médecine l'exige, l'étude des *cas rares* est de toute nécessité. Il faut concevoir l'homme, non-seulement tel qu'il est actuellement, mais tel qu'il a pu être à toutes les époques du temps.

Zeuxis, dit-on, représenta la beauté, en tirant les traits les plus séduisants des sept jeunes filles les plus célèbres de son temps. Ce n'est pas ainsi qu'a procédé Raphael pour concevoir la même idée de la beauté : il l'a cherchée, non-seulement dans toutes les villes les plus célèbres de l'Italie, et dans Rome, alors si brillante, sous les règnes de Jules II et de Léon X ; mais encore dans tous les monuments de l'art graphique des temps passés. Ses contemporaines ne lui suffisaient pas ; il lui a fallu une perfection dont les éléments ne se sont montrés qu'épars et de loin à loin. Si ce grand homme s'est cru obligé de se livrer à de telles études pour se faire un type idéal des formes pittoresques, quelles ne sont pas nos obligations quand nous sommes chargés par état de concevoir toutes les formes vitales humaines, ce qui constitue le plus grand objet de la médecine !

Comme vous ne pourriez pas vous faire une idée des aptitudes dont l'âme est susceptible en bien, en mal, en génie, en perversité, en extravagance, si vous ne consultez pas l'histoire et surtout les biographies ; soyez persuadés que vous ne connaîtriez jamais les facultés et les susceptibilités de la force vitale humaine, si vous n'étiez pas familiers avec les collections des *cas rares*.

Félicitons-nous de ce que leur étude nous oblige à fouiller ce passé, que les esprits forts et les novateurs méprisent et veulent enterrer. Vous le savez, au lieu de continuer la science médicale, ils prétendent anéantir l'ancienne et en créer une nouvelle. L'*avenir*, le *progrès*, voilà leur manie ou un leurre. Mais quoi qu'il en soit leur entreprise n'est pas encourageante. Que leur arrive-t-il ? C'est que leurs meilleures productions ne sont que de misérables parodies de celles des temps antérieurs, et que ceux d'entre eux qui sont susceptibles de honte rougissent quand on leur présente les travaux homologues des siècles passés plus studieux que le nôtre.

Je trouve l'emblème de leur sort dans une image bizarre que Dante a mise dans son *enfer* pour épouvanter les devins de profession. Il représente leurs devanciers comme ayant leur tête attachée sur le tronc, le devant derrière, de sorte que incapables de voir ce à quoi ils tendaient, ils ne voient que les régions auxquelles ils n'avaient jamais songé. Leur affliction est grande, puisqu'ils pleurent et arrosent de larmes une partie postérieure du corps que nos élégants prosateurs n'ont pas osé produire dans notre langue, mais que nous médecins, aussi naïfs et aussi ennemis de la pruderie que la Bible, serons obligés de rendre littéralement dans la suite :

Che'l pianto degli occhi
Le natiche bagnava per lo fesso.

Ne nous exposons pas à être représentés par cet ignoble et burlesque symbole. Familiarisons-nous avec le passé, afin que l'avenir ne nous ébahisse pas, et que notre étonnement et nos prétentions à la nouveauté ne nous fassent pas gémir lorque la censure et la moquerie nous forceraient à tourner la tête. Si nous devons être allégoriquement peints, faisons en sorte qu'on nous applique ce Janus antique à deux faces, dont l'une regarde le passé et l'autre l'avenir, ou plutôt la figure de la plus célèbre divinité indienne, du dieu de Branca, à quatre faces : une pour le passé, deux pour le présent, une pour l'avenir. Ces visages ne nous attristeront pas ; ils sont calmes : ils semblent dire que la connaissance du passé les met à l'épreuve du présent et du futur. Leur constante sérénité exprimera l'inaltérabilité de notre âme qui, suffisamment instruite par l'*étude* et par l'*observation*, de l'inépuisable variété du dynamisme humain, sera en état d'obéir, dans tous les événements, à la devise du premier philosophe : NE S'ÉTONNER DE RIEN, *Nil mirari* (1).

(1) Mém. sur la vie de W. Scott, par M. Lockart.

(1) Salomon.

Digitized by Google

Oui, messieurs, l'histoire critique et comparée des faits singuliers observés chez l'homme, dans les divers temps, dans les divers lieux (histoire que Johnston a nommée la THAUMATOLOGIE DE L'HOMME), est une partie essentielle de la médecine, et l'étude vous en est prescrite, sous la peine d'ignorer les plus beaux dogmes de la physiologie humaine. Cette science est grave, sérieuse, difficile; mais, quelque austère qu'elle soit, considérée sous le point de vue pratique, elle peut avoir des agréments pour les esprits cultivés. L'habitude d'une certaine attention sur les cas singuliers nous donne la faculté d'apprécier et d'interpréter les faits réputés incroyables, consignés dans les écrits des historiens, des voyageurs, des poëtes. Tout n'est pas fiction chez eux : ils ne peuvent pas se passer d'une vraisemblance, pas même dans la fable. Que font-ils dans leurs récits attachants ou étonnants? Il leur suffit souvent d'une légère altération du vrai. Pour aller de la réalité au merveilleux, il n'a fallu souvent qu'un peu d'exagération, l'omission d'une circonstance essentielle, l'introduction d'une cause surnaturelle. Si vous voulez convertir la fiction en une vérité, vous n'avez qu'à faire les réductions, les rétablissements et les corrections relatives; en un mot, vous n'avez qu'à faire, dans les prodiges anthropologiques racontés par les voyageurs, ce que Banier a fait lorsqu'il a voulu expliquer la mythologie : il s'est servi pour cela de l'histoire; servez-vous des *cas rares* observés par les médecins.

Cet exercice de l'esprit a un charme qui délasse le médecin laborieux et savant des travaux et des peines de sa profession, et qui n'a jamais pour lui une perte de temps. Un grand chancelier d'Angleterre, Pierre King, l'ami, le disciple, le légataire de Locke, avait pour devise : *labor ipse voluptas* (1), « la peine même du travail est un plaisir. » Ce mot semble nous dire qu'à force d'habitude, de patience, de raison, de vertu, on doit trouver un plaisir moral dans l'accomplissement de ses devoirs. Mais si nous nous accoutumons de bonne heure à exercer notre raison dans l'interprétation de la nature; si, dès que nous avons pris connaissance d'un fait, nous éprouvons un besoin de le joindre avec tous ceux qui lui ressemblent et de déduire de tous ensemble une proposition générale qui les lie, cette opération mentale deviendra pour nous une vraie jouissance. Lors même que, suspendant nos travaux sérieux, nous cherchons à nous récréer par l'examen des productions de l'éloquence, de l'archéologie ou des beaux-arts, notre esprit saisit tous les faits anthropologiques que nous y apercevons; nous les exploitons, nous les soumettons à la critique, nous les expliquons, et souvent, après cette comparaison, une proportion physiologique fondamentale est renforcée, ou un historien est justifié. Ainsi, quand nous ne pensons que nous amuser, nous avons trouvé de l'instruction. Ne pouvons-nous pas alors renverser la devise de King, et dire : *ipsa voluptas labor?* Dans cette habitude de notre entendement, une simple récréation nous est aussi profitable qu'un vrai travail.

GAZETTE MÉDICALE. — Juillet 1840.

(1) Watt, Culture de l'esprit, chap. Ier, § VI.

De la structure intime des tumeurs ou des productions pathologiques. Analyse des travaux sur ce sujet; par le docteur L. MANDL.

Depuis que l'étude des tissus organiques trouve des observateurs nombreux, l'attention générale des médecins s'est fixée sur l'examen des productions pathologiques. On espérait en découvrir la nature à l'aide du microscope, et obtenir des résultats importants, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement mais ces espérances sont loin de s'être réalisées. Cependant le travail d'un observateur distingué, de M. Müller, paraissait tout d'abord les justifier. Les recherches de ce savant physiologiste, poursuivies avec beaucoup de persévérance, sur la nature des tumeurs cancéreuses, tendant surtout à en établir les caractères distinctifs, est le travail le plus important dont nous ayons à nous occuper; mais nous ferons suivre cette analyse par l'exposition des recherches de quelques autres auteurs sur des sujets pareils, et nous parlerons d'abord de quelques observations plus anciennes de M. Valentin.

Cet auteur (1) décrit dans les concrétions de la tête simulant le tissu osseux de petites tablettes transparentes, ayant la forme des rhombes, et les propriétés chimiques de la substance cornée. Les tumeurs fibreuses (*loco cit.*, pag. 270) de l'utérus sont composées de faisceaux de fibres qui sont très-déliées, transparentes, n'offrant aucune granulation. L'exostose que Cooper appelle fongueuse contient une grande quantité d'une masse gélatineuse, qui est composée de fibres très-régulières, placées parallèlement les unes à côté des autres, et prenant leur origine sur la masse osseuse en forme de rayons (p. 276). On y voyait, en outre, se distribuer des vaisseaux nombreux ayant des parois distinctes. L'encéphaloïde (p. 280) contient des fibres particulières, dont M. Valentin ne connaissait pas encore la nature quand il faisait ces expériences, mais que plus tard il a décrit lui-même comme une forme particulière de l'épithélium. Ce sont des fibres renflées de temps en temps, et dont les fragments brisés présentent naturellement un renflement avec deux extrémités pointues.

Nous (2) avions déjà décrit en passant cette forme

(1) Repertorium fuer Anatomie, etc., 1837, p. 265.
(2) Anatomie microscopique. Livraison sur le sang.

Digitized by Google

d'épithelium, que l'on rencontre quelquefois dans le sang des animaux inférieurs, et que quelques auteurs ont décrit comme une forme particulière de globules sanguins. M. Valentin parle enfin encore du carcinome de la face, et il y signale des gouttelettes d'huile, des cristaux, des globules de pus et des corpuscules pareils à ceux que renferme le cartilage; mais il avoue plus tard s'être trompé sur leur aspect, et il convient que ce sont des lamelles d'épithelium (1).

On voit que ces observations, faites trop rapidement et pas assez répétées, n'ont pas beaucoup éclairci la nature de ces produits. M. Müller a fait faire un grand pas à cette partie de nos connaissances, sans que toutefois nous puissions dire que tout est fait; mais quel auteur a-t-il jamais épuisé sa matière!

M. Müller (2) commence par quelques remarques générales sur la structure intime des tumeurs; il montre la difficulté de distinguer les tumeurs cancéreuses des tumeurs bénignes. Cette distinction doit surtout se fonder sur les caractères microscopiques et chimiques. L'auteur remarque que, quant à l'examen chimique, si nous faisons abstraction des décompositions qui se forment dans les plaies, la composition chimique de ces tumeurs diffère beaucoup moins de celle des autres tissus sains qu'on ne le pense. Les matières qui se trouvent dans les tumeurs sont des espèces de graisses, de gélatine ou d'albumine, qui se rencontrent isolément ou mêlées ensemble. On trouve presque dans toutes les tumeurs de la graisse libre. Mais comme une de ces substances est toujours prédominante, on peut établir trois espèces de tumeurs : la première classe comprend les tumeurs qui contiennent de la graisse, comme le lipome et le cholesteatome; la seconde classe est formée par les tumeurs qui, par une décoction continuée pendant dix à dix-huit heures, fournissent de la gélatine mêlée à de l'osmazone, comme l'ostéoïde, les tumeurs fibreuses, etc.; la troisième classe est composée entièrement des tumeurs qui ne fournissent guère ou pas du tout de la colle, mais qui contiennent de l'albumine, une trace de caséum, et quelquefois une matière pareille à la salive, tels sont le sarcome albumineux, l'ostéosarcome albumineux, le carcinome, etc. La composition chimique ne préjuge en rien la structure de la tumeur. C'est un mérite principal du travail de M. Müller d'avoir démontré que le développement des tumeurs cancéreuses ne diffère en rien de celui des tumeurs bénignes, et pourtant la loupe reconnaît déjà des différences de structure sur une tranche transversale.

Dans la première division sont traitées les tumeurs cancéreuses. L'auteur appelle ainsi en général toutes les tumeurs qui détruisent la structure propre des tissus, et qui, dès le commencement, sont constitutionnels, ou qui le deviennent pendant leur développement, et qui enfin, extirpées, reviennent toujours et amènent la mort de l'individu.

Les tissus propres de l'organe ne sont d'abord que déplacés par les éléments, pour ainsi dire les grains du carcinome qui sont interposés. Mais peu à peu les parties environnantes s'unissent avec le carcinome, et il en résulte l'immobilité de la tumeur qui pourtant n'est pas un caractère constant. Le cancer de l'estomac est caractérisé par la disposition de la membrane musculaire en rayons. Mais cette disposition se rencontre enfin dans les autres cancers, surtout dans ceux qui sont placés dans un organe pourvu de tunique musculaire.

Les différentes espèces de carcinome sont formées par le degré de développement différent que prennent les éléments. Pour bien comprendre ces différences, nous avons besoin de rappeler en peu de mots les résultats principaux du travail de M. Schwann, sur la structure des tissus des animaux en général. Cet auteur a démontré que ces tissus, de même que ceux des plantes, proviennent ordinairement de globules qui, eux-mêmes, renferment plusieurs corpuscules très-petits. Chaque globule devient le noyau d'une cellule qui peu à peu s'allonge, et tend à devenir une fibre. On comprend facilement que ce développement présente plusieurs degrés; ainsi les cellules s'allongeant à leurs deux extrémités, et plusieurs s'étant réunies ensemble, il y a des fibres renflées, dont les renflements doivent être attribués à la partie de la cellule qui subsiste encore. Nous appellerons ces sortes de fibres, des fibres celluleuses. Si ces fibres celluleuses sont rompues, les éléments séparés présentent naturellement des corps allongés à leurs deux bouts, des corps en forme de fuseau. Les parties renflées disparaissent enfin tout à fait, et nous n'avons plus sous les yeux que des fibres. Or, toutes ces formes de cellules s'observent dans les cancers, et, selon que leur développement est arrêté à tel ou tel degré, elles constituent les différentes espèces de carcinome. L'auteur distingue six espèces de cancers.

A) *Scirrhus* ou *Carcinoma simplex* (Syn. *Carcinoma fibrosum*). La masse du squirrhe est composée d'une substance fibreuse et d'une autre, grisâtre, granuleuse; cette dernière est placée entre les mailles de la première, et elle est composée de globules microscopiques, transparents, creux, celluleux, ayant un diamètre de 0,00045 — 0,001 — 0,0012 de pouce de Paris. On distingue dans quelques-uns des petits grains, des noyaux ou même des petites cellules. Les agglomérations de ces globules, peuvent être facilement enlevées des mailles entre lesquelles elles sont déposées sans adhésion, et les globules eux-mêmes n'adhèrent point les uns aux autres. Il y a en outre de la graisse dans cette espèce de cancer, qui se rencontre souvent dans la mamelle; elle n'est pas non plus rare dans l'estomac, l'utérus et dans la peau.

B) *Carcinoma reticulare;* ce cancer est encore plus fréquent dans le sein des femmes que le précédent. Il se rencontre en outre dans les glandes sous-maxillaires, sur le globe de l'œil, etc. Son volume est considérable; il est divisé en lobes, de consistance différente. En le coupant à travers, on aperçoit, dans la masse grisâtre des figures blanches

(1) Repertorium, etc., 1838, p. 311.

(2) Ueber den feinern Bau und die Formen der krankhaften Geschwülste (sur la structure intime et les formes des tumeurs pathologiques), en deux livraisons. Première livraison, 15 feuilles et 4 planches, Berlin 1838, in-fol.

Digitized by Google

réticulées. La masse grisâtre et fibreuse, analogue dans sa structure à celle de l'espèce précédente, se rencontre de même dans ce cancer. Les figures réticulées sont composées de grains ou corpuscules blancs; elles sont quelquefois réunies et forment alors des taches blanches qui simulent la présence d'une masse tuberculeuse blanche dans la substance grisâtre du cancer. Ce carcinome reparaît le plus souvent après l'extirpation.

C) *Carcinoma alveolare* (Otto). (Cancer gélatiniforme et aréolaire de Laënnec et Cruveilhier). Cette espèce se voit le plus souvent dans l'estomac; mais on la rencontre, en outre, dans l'utérus, l'ovaire, dans les os, la mamelle, le mésentère, etc. Les globules renferment des cellules pourvues de noyaux; ces derniers se développent à leur tour, deviennent des cellules, de sorte qu'à la fin, les cellules les plus extérieures se rompent, en répandant la masse gélatineuse dont elles sont remplies, et se transforment en fibres.

D) *Carcinoma melanodes*. Les carcinomes mélaniques sont composés d'un tissu fibreux qui contient dans ses mailles des cellules remplies de grains jaunâtres ou noirâtres; ces cellules, de forme et de couleur différentes, sont quelquefois adhérentes entre elles : elles ont un diamètre de 0,001 à 0,00036 de pouce. Les grains de pigment sont pourvus du mouvement moléculaire, quelquefois ils sont déposés dans le tissu fibreux, sans être entourés de cellules, qui alors manquent tout à fait. M. Müller croit que, dans ce cas, les cellules sont déjà détruites.

E). *Carcinoma medullare*. La différente couleur de ces tumeurs dépend d'une quantité plus ou moins grande de vaisseaux sanguins, de sang épanché, décomposé, etc. L'examen microscopique démontre que, sous ce nom collectif, il existe plusieurs espèces de tumeurs molles : voilà les variétés du carcinome médullaire. 1° Le tissu fibreux est très-fin, la masse blanchâtre, composée de globules, est prépondérante; 2° le tissu fibreux est très-mou, de la consistance du cerveau; les globules sont pâles, elliptiques; 3° les globules ont la forme de fuseau et sont disposés de manière à présenter l'aspect d'un tissu fibreux. Dans tous les carcinomes médullaires, la graisse est déposée, libre en forme de gouttelettes dans les tissus.

F). *Carcinoma fasciculatum, hyalinum*. Parmi les tumeurs que l'on comprend sous le nom de carcinomes fongueux il en existe qui sont composés entièrement de fibres couvertes çà et là de granules; ces tumeurs ne renferment pas du tout de globules, et elles n'ont rien de commun avec les autres variétés de l'espèce précédente que leur mollesse. Divisées quelquefois en lobes, elles prennent un volume considérable. Les fibres sont disposées en faisceaux, en houppe, etc.; une grande quantité de vaisseaux suit la marche des fibres. Toute la masse est quelquefois transparente comme de la gélatine : cette forme ne paraît pas être bien rare.

Toutes ces tumeurs carcinomateuses contiennent une matière albumineuse et de l'osmazome qui en forment la masse principale. La petite quantité de gélatine qu'on y trouve paraît devoir être attribuée au tissu cellulaire qui y est mêlé. Le caséum se rencontre très-souvent.

L'auteur conclut de ces recherches que le carcinome est bien différent de l'induration et de l'ulcère des parties indurées; que les éléments ne diffèrent pas essentiellement de ceux des tumeurs bénignes et des tissus primitifs de l'embryon. Mais malgré l'analogie de structure intime, dit l'auteur, il existe des caractères anatomiques qui font à l'œil nu distinguer entre elles les différentes espèces de cancers. On voit au reste que la chimie n'a pas pu non plus découvrir aucun élément caractéristique, parce que tous ceux qui y ont été trouvé existent de même dans les tumeurs bénignes et dans les tissus normaux de l'organisme animal.

L'auteur s'occupe, dans la seconde division, des tumeurs que l'on pourrait confondre avec des cancers; la livraison publiée de l'ouvrage de M. Müller ne traite que de trois espèces de tumeurs, que nous allons examiner.

A) *Enchondroma*.—Tumeur cartilagineuse. Cette tumeur peut être guérie par l'amputation; elle se trouve sur les os, les glandes, etc.; sa forme est sphéroïde, sans lobes; elle a la grosseur du poing. L'enchondrome des parties molles est couverte d'une membrane celluleuse, mince; celui des os, du périoste. Il peut se trouver soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des os. Les parties qui se trouvent sur l'enchondrome n'éprouvent pas d'altération, de sorte que cette tumeur peut subsister 10 à 20 ans avec une santé parfaite. Le contenu de la tumeur est en général mou, mêlé le plus souvent de fragments de la substance osseuse spongieuse. Deux tissus composent l'enchondrome; l'un, fibreux, consiste en fibres et forme des cellules du volume d'un pois, qui contient la seconde substance, une matière grisâtre, *hyaline;* cette dernière substance ressemble dans sa structure intime tout à fait aux cartilages. L'enchondrome se trouve le plus souvent dans les os; ainsi Müller n'a trouvé parmi trente-six que quatre cas qui appartenaient aux glandes.

L'enchondrome commence toujours dans les os par le ramollissement de la substance interne spongieuse, où l'enchondrome se développe; la substance externe, corticale, est dilatée, devient très-mince; elle ne perd point sa cohésion : peu à peu il se fait des trous dans cette tumeur corticale, et elle reste à la surface de la tumeur sphéroïde sous forme d'îles. Müller appelle cette forme l'enchondrome avec enveloppe osseuse; elle pourrait être la même que celle que Cooper désigne sous le nom de *cartilaginous exostosis of the medullary membrane*. D'autres fois l'enchondrome se développe sans avoir à sa surface une partie de la substance corticale des os, si elle se trouve, par exemple, sur les os pelviens, ceux du crâne, des côtes.

Quant à la composition chimique, les enchondromes, surtout ceux des os, contiennent tous de la *chondrine*, c'est-à-dire cette espèce de gélatine qui se trouve dans les cartilages, bien différente de la gélatine ordinaire, et qui fut découverte par Müller (*Annales de Poggendorf*, vol. XXXVIII). Cet auteur a fait l'observation remarquable que la chondrine se transforme en gélatine lorsque les cartilages deviennent de véritables os. La même chose a lieu pour les productions morbides. La maladie dans la production d'un enchondrome consiste dans la génération d'une masse cartilagineuse au milieu des os.

Digitized by Google

Nous avons déjà dit que la structure intime de la masse grisâtre des enchondromes est celle des cartilages; mais c'est la structure du cartilage jeune, du cartilage pour ainsi dire embryonique. On distingue dans la structure des cartilages, d'abord des cellules contenant d'autres cellules avec un noyau. Il existe, en outre, une substance intermédiaire qui se forme par l'épaississement des parois des cellules. Or, ni cette substance intermédiaire, ni les cellules secondaires n'existent dans les cartilages de récente formation et dans les enchondromes, dont nous signalons l'identité de structure. Ici, toutes les cellules se touchent encore; il n'existe guère une seconde cellule interne; mais elles sont simples et contiennent un noyau tantôt rond, tantôt ovale, tantôt irrégulier.

La nature de l'enchondrome consiste donc dans la formation primitive d'un cartilage embryonique. Ces tumeurs naissent principalement dans la jeunesse; mais il n'existe aucun rapport entre eux et les scrofules. Méry et Walher ont bien reconnu la nature bénigne de cette tumeur, qui fut appelée tour à tour *spina ventosa, atheroma nodosum* (M. A. Severinus), *osteosteatoma*, *osteosarcome* (Otto), *exostose* (Scarpa), etc.

Nous passons ici sous silence toute la partie historique, l'énumération des enchondromes dans les musées, et la distinction de ces tumeurs d'avec les autres tumeurs, distinction qu'il sera facile d'établir d'après ce que nous avons dit.

B) *Cholestealoma.* — L'auteur distingue trois espèces de tumeurs adipeuses. Ce sont d'abord les lipomes, dont il existe trois variétés (*Lipoma simplex*, *L. mixtum*. *L. arborescens*). Viennent ensuite les kystes adipeux qui contiennent des poils et qui se trouvent dans les ovaires, et enfin les cholestéatomes, connus déjà par Merriman, Leprestre, Dupuytren et Cruveilhier. On sait que cette tumeur consiste en couches concentriques très-minces. Examinées sous le microscope, ces couches présentent un tissu cellulaire polyédrique, parfaitement développé, comme par exemple dans les cellules du pigment, ayant un diamètre de 0,00075 lignes et de forme irrégulière. La couche la plus mince que l'on obtient à l'aide de la pointe du scalpel surpasse déjà plusieurs fois le diamètre d'une cellule. Les cellules isolées sont pâles, sans contenu, sans noyaux, et très-transparentes; elles se trouvent déposées dans une substance animale qui leur sert de base. On voit quelquefois de petites tablettes appartenant à la cholestéarine cristallisée, et des faisceaux d'autres petits cristaux en lamelles. Le cholestéatome se forme probablement sans le concours de vaisseaux sanguins internes.

C) Les *cystoïdes* et les *cystosarcomes*. — Les cystosarcomes consistent, d'après Müller, en une substance solide, fibreuse, vasculaire, dans laquelle se trouvent des kystes isolés. L'auteur en distingue trois espèces.

1) Le *cystosarcome simple.* — Les kystes contenus ont chacun leur membrane à part, qui, à la surface interne, contient quelquefois des nœuds vasculaires.

2) Le *cystosarcome prolifère.* — Les kystes internes tiennent suspendus, sur des pédicules, d'autres kystes nouvellement formés.

3) Le *cystosarcome phyllodes.* — C'est une tumeur volumineuse, solide, inégale à sa surface; son tissu ressemble au cartilage fibreux. Il existe çà et là des fentes et des cavités qui contiennent un liquide et qui sont dépourvues de membrane propre. Car les parois de ces fentes, ou sont lisses et très-rapprochées, ou s'élèvent sous forme de feuillets réguliers, solides, ou il s'y trouve des excroissances larges, lamelliformes ou verruqueuses au fond de la fente. La masse solide n'est pas du tout du cartilage, ni sous le point de vue microscopique, ni sous celui de la composition chimique. Ces tumeurs ne sont nullement dangereuses; on peut toujours les enlever, sans crainte de les voir repulluler. — On les a décrites sous les noms de *steatoma mammæ, carcinoma mammæ hydatides.*

Les kystes peuvent même se développer dans une tumeur squirrheuse. Il ne faut point confondre le cystosarcome avec le carcinome alvéolaire. Les autres signes déjà mentionnés feront facilement distinguer les kystes des autres tumeurs, surtout des squirrhes. L'auteur rappelle pour la classification des kystes, celle de Hodgkin.

Ici finit la première livraison de l'ouvrage de M. Müller; la seconde commencera avec la description des tumeurs fibroso-tendineuses.

Nous avons donc, dans ce travail important de M. Müller, une base physiologique pour la pathologie des tumeurs; l'identité de développement est maintenant démontrée pour tous ces tissus, même pour les pathologiques. Mais c'est précisément l'identité formelle de tous ces éléments qui nous force à reconnaître que, à part de la structure intime et de la composition chimique, il doit exister encore d'autres propriétés matérielles qui sont les causes des différences que présentent tous ces tissus entre eux.

Nous allons maintenant exposer les travaux plus ou moins isolés des autres auteurs sur quelques dégénérations pathologiques.

Les recherches que les micrographes ont faites sur la substance tuberculeuse sont encore très-incomplètes. Nous sommes peu avancés de savoir, après Henle, Gluge, Vogel, que la masse tuberculeuse ramollie consiste en granules très-petits de 1/400 à 1/500 de millimètre entremêlée de globules plus ou moins grands, et que les tubercules eux-mêmes sont entourés d'une masse de tissu fibreux, dont les fibres sont irrégulières. Ce que les observateurs doivent surtout chercher à éclairer, c'est le mode de formation des tubercules, leur développement graduel, la transformation de tissu, etc.

D'après M. Vogel, la tumeur encéphaloïde est composée de petits corpuscules de 1/7000 à 1/1800 de ligne de diamètre; d'autres globules de 1/200 à 1/300 de ligne, contenant quelquefois un noyau de 1/800 à 1/1000 de ligne de diamètre; enfin des corpuscules de 1/60 à 1/80 de ligne, noirâtres, couverts de petits points noirs se trouvent entremêlés. Les observations de M. Gluge sur le fongus médullaire sont à peu près les mêmes. Nous connaissons maintenant, d'après le travail de M. Müller, la véritable nature de ces globules.

Iusefowitsch (*De adiposi præcipue locali*, Diss.

Digitized by Google

inaugur., Berlin, 1838, in-8), donne la description de la structure microscopique d'un grand steatome. Il était formé de fibres différemment contournées et se réunissant en faisceaux ; ces fibres sont de l'épaisseur de celles du tissu cellulaire, ou peut-être un peu plus épaisses. L'auteur remarqua, en outre, des corpuscules granuleuses de grandeurs différentes.

MM. Dubigk et Simon, à Berlin, ont travaillé sur les condylomes ; on verra facilement, par les résultats auxquels ils sont arrivés, combien la connaissance de la structure de ces tissus a gagnée par l'application du microscope. Le premier de ces auteurs (*Zeitschr. f. d. g. Medizin*, t. 8, cah. 3), croit que les condylomes sont privés d'un épiderme, ou plutôt couverts d'une membrane muqueuse. En faisant une section transversale du pédicule, on voit plusieurs ouvertures en entonnoir qui, injectées, conduisent dans un canal qui s'élargit peu à peu. Ce canal s'anastomose avec plusieurs vaisseaux latéraux et finit, du côté convexe du condylome, par un renflement en forme de massue dont encore surgissent plusieurs petits vaisseaux. Cette distribution se répète deux à trois fois; on n'a pas pu la poursuivre dans les petits appendices du condylome ; on n'y a pas vu non plus de veines. L'auteur croit, au reste, que ce que l'on a pris pour des artères n'en sont pas de véritables, mais seulement des canaux formés dans la substance du condylome; il n'a trouvé ni parois de vaisseaux, ni nerfs. Le sang s'élance en jet de la substance du condylome lorsqu'on la coupe en travers sans ligature préalable ; il devient aussitôt d'un rouge artériel. L'auteur croit enfin que la transplantation d'un condylome à la surface d'un autre serait possible, mais cette assertion ne peut être admise d'après la seule expérience incomplète qu'il a instituée.

Avant d'exposer les résultats des recherches de M. Simon, il ne sera pas peut-être sans intérêt de rappeler en quelques mots les opinions de différents auteurs sur la structure de condylomes. M. Rayer (*Maladies de la peau*, vol. II, p. 420), croit que les condylomes sont une hypertrophie du corium, des papilles, de l'épiderme et des vaisseaux capillaires. Rust (*Handbuch der Chirurgie*), rapporte l'opinion d'après laquelle les condylomes aplatis seraient un produit de l'hypertrophie du corium, et les condylomes pointus des parasites. Schoenlein croit que tous les condylomes viennent du réseau vasculaire qui se trouve sous la peau. Otto (*Anatomie pathologique*, Berlin, 1830, vol. I, p. 106), classe les condylomes parmi les excroissances sarcomateuses. Johnson (*Méd. chir. Review*, London, juillet 1834), y voit des dépôts faits dans la peau. Remak, enfin, dans la thèse de Gonzenbach (*De carcinomate penis*, Berlin, 1837, p. 8, note), est le premier qui parle de la structure intime de ces excroissances. Les condylomes pointus sont, selon cet auteur, couverts d'une membrane épaisse, qui, sous le microscope fait voir les éléments de l'épiderme. Les autres condylomes sont couverts de tissu cellulaire. La substance interne est composée de vaisseaux sanguins, de fibres et de globules plus ou moins grands.

Les condylomes aplatis, ceux dont la surface est couverte d'excroissances plus ou moins petites présentent déjà à l'œil nu, suivant M. Simon (*Archives de Müller*, 1839, p. 17), une différence entre la substance interne et l'externe. On peut par la macération ou l'ébullition séparer ces deux substances; alors on reconnait sous le microscope que la première contient les éléments de l'épithélium en pavé. La substance interne est composée de fibres pareilles à celles du tissu cellulaire, ces fibres étaient réunies en faisceaux groupés irrégulièrement, et parsemées de globules et de cellules plus ou moins allongées et pointues. Tous ces éléments sont ceux du tissu cellulaire dans ses différents degrés de développement, la substance interne des condylomes aplatis est par conséquent du tissu cellulaire plus ou moins développé.

Les condylomes pointus, souvent pédiculés, sont plus longs que larges, et se terminent par une extrémité véritablement pointue ou arrondie, qui elle-même est souvent divisée en plusieurs parties (crêtes-de-coq). Leur structure intime est la même que dans les condylomes aplatis. Le nombre relatif de ces éléments varie dans les différents condylomes. Les condylomes pointus sont pourvus de racines plus ou moins profondes, que l'on pourrait reconnaître dans des tranches très-minces de la peau.

Quant aux vaisseaux sanguins, l'auteur n'est pas arrivé à des résultats bien précis; mais il croit avoir observé quelquefois deux vaisseaux placés parallèlement.

Les condylomes, quant aux propriétés chimiques, se rapprochent tout à fait des granulations et de la peau du fœtus, qui sont composés de tissu cellulaire imparfait. Ils ne peuvent donc pas fournir de la gélatine par la décoction. Le principe qu'ils donnent ressemble beaucoup à la *pyine* de M. Güterbock, mais il en diffère par son action sur l'acide hydrochlorique. Cet acide produit, ajouté en petite quantité à une solution de pyine, un précipité jaunâtre qui disparaît par une quantité plus grande de cet acide. Mais, après avoir fait, par une décoction pendant quarante heures, un extrait des condylomes, et après l'avoir traité par l'alcool, la partie qui est insoluble dans l'alcool se dissout de nouveau dans l'eau; et elle est précipitée en blanc par l'acide hydrochlorique; ce précipité diminue, mais ne disparaît pas par une plus grande quantité de l'acide hydrochlorique.

M. Pappenheim, à Breslau, enfin (*Wochenschr. f. d. ges. Heilkunde*, 1839, n° 14) a ajouté quelques détails à la connaissance microscopique des tumeurs. Un polype de tympan, examiné par lui, était composé d'une membrane externe, solide, renfermant une matière liquide, contenu dans des cellules. La membrane externe était composée de cellules épidermidales très-grandes placées sur une membrane transparente, granuleuse. Au-dessous se trouve une couche de corium et quelques vaisseaux sanguins. Le contenu était un liquide albumineux, incolore, visqueux; il contenait des cristaux de cholestérine couverts d'une masse granuleuse, des cellules épidermidales de différente forme, et quelques autres vésicules ovales, de grandeur différente, qui contenaient un liquide.

La membrane externe d'une tumeur enkystée de

Digitized by Google

l'oreille était pareille dans sa structure à la membrane du polype dont nous venons de parler.

Mais son contenu était blanc, furfuracé, d'une couleur matte, composé surtout de cristaux de cholestérine et de phosphate de chaux.

Un fongus médullaire de l'utérus contenait une masse molle, rougeâtre qui, d'après Purkinje, est une masse tuberculeuse. Un carcinome du foie était privé des éléments propres à cet organe. Son tissu était formé d'un grand nombre de très-petits grains de fibres tendineuses, de cellules épidermoïdales, avec ou sans noyau central, plus ou moins altérées, et en outre de plusieurs corpuscules déformés.

Tels sont les résultats obtenus jusqu'à ce moment à l'aide du microscope. Il reste sans doute encore beaucoup à faire; mais quelle partie de la science est arrivée à son plus haut degré de perfection en quelques années? Car ce n'est que depuis deux ans que l'on étudie la structure intime des tumeurs.

Nous ne pouvons terminer ce résumé des connaissances sur la structure des tumeurs, sans mentionner un travail du docteur Langenbeck (1), relatif à l'origine du cancer des veines et à la possibilité de transmettre le carcinome de l'homme aux animaux. On sait que M. Cruveilhier regarde le carcinome comme se développant primitivement et constamment dans les veines; l'auteur a été de même conduit par des recherches microscopiques à reconnaître que le siége des carcinomes existe très-souvent dans le système veineux. Il est parvenu à constater, dans deux cancers de l'utérus, suivis de carcinome dans les poumons, que les veines pulmonaires renfermaient, dans l'intérieur de leur cavité, de la matière carcinomateuse, soit libre, soit adhérente à leurs parois; on reconnaissait, à l'aide du microscope, la forme celluleuse propre à cette matière que nous avons décrite précédemment. Nous devons rappeler à cette occasion que déjà M. Velpeau avait, en 1824 (2), signalé la présence de la matière encéphaloïde dans un caillot de sang. Depuis, plusieurs auteurs ont vu le même cas, et, dernièrement, M. Gluge (3) dit avoir déjà signalé, en 1837, la présence de globules particuliers, plus grands que ceux du pus, couverts de lignes noirâtres, ondulées, dans le caillot de sang de la veine iliaque gauche, d'un individu mort qui présentait un cancer encéphaloïde dans les intestins. Ce cancer offrait exactement les mêmes globules. Nous savons à quoi nous en tenir sur ces globules, après avoir appris par Müller que ce sont de véritables cellules.

Müller avait déjà dit que les molécules de matière cancéreuse, charriées dans le torrent de la circulation veineuse, peuvent s'arrêter sur un point quelconque de ce système, se développer et prendre de l'accroissement. Les éléments du cancer peuvent, d'après M. Langenbeck, se trouver dans les voies de la circulation de trois manières différentes; ou bien ils s'engendrent dans le sang, ou bien un cancer se forme dans un tissu quelconque, et une partie du fluide dont il est imprégné est absorbée par des veines et des lymphatiques; ou enfin des cancers déjà ulcérés peuvent corroder les veines et les lymphatiques, rendre leur cavité béante, et permettre l'entrée des cellules du carcinome qui sont autant de germes de nouveaux cancers.

L'auteur n'a pas encore pu démontrer expérimentalement la formation primitive des cellules cancéreuses dans le sang. Quant à la seconde et à la troisième explication, elle peut être admise en ce qui regarde l'altération des parois des veines. Dans deux cancers de l'utérus, l'auteur a vu dans les veines du bassin la matière cancéreuse sous forme de cellules; mais la plus grande partie de cette masse était composée de petits grains transparents, ayant la moitié du volume des globules du sang, en tout semblables aux petits grains que l'on observe dans les cellules carcinomateuses, de sorte qu'on pouvait les prendre pour le contenu des cellules cancéreuses rompues. On trouvait dans le sang des veines iliaques et cave inférieure du cœur et des poumons, çà et là, quelques cellules renfermant des noyaux, et les petites granulations mentionnées. Dans le parenchyme du poumon lui-même on trouva de nouveaux foyers carcinomateux.

M. Langenbeck s'est décidé à répéter, à plusieurs reprises, les expériences de M. Alibert, et a injecté de la matière carcinomateuse dans les voies circulatoires de chiens, pour voir s'il ne serait pas possible de faire développer de cette matière des cancers. Il n'a pas réussi d'abord, parce qu'il s'est servi de sanie écoulée d'ulcères cancéreux; il était donc nécessaire de prendre des cellules fraîches de cancers récemment extirpés sur ces individus vivants. Après avoir fait sur un chien fort, âgé de 2 ans, l'ouverture de l'artère fémorale gauche, et après avoir retiré environ 240 grammes de sang, on le défibrina et l'on y mêla ensuite 15 grammes de suc cancéreux blanchâtre pris sur une tumeur encore toute chaude, qui avait été enlevée deux heures auparavant, en désarticulant l'humérus. Ce sang fut ensuite injecté dans la veine fémorale gauche; il survenait immédiatement après une respiration difficile qui devint bientôt libre. Les deux premiers jours, le chien parut malade et eut la fièvre; mais il était en apparence rétabli au bout de huit jours. Malgré une grande voracité, il maigrit plus tard considérablement. Quatre semaines après l'opération, le chien fut tué, et en le disséquant on trouva à la surface intérieure des deux poumons deux ou trois petites saillies lenticulaires qui, de même qu'un noyau tuberculeux à l'intérieur du poumon gauche, ressemblaient en tout aux carcinomes humains; leur texture fut vérifiée au microscope.

Nous ne sommes nullement, comme l'auteur, disposé à conclure qu'il y avait ici transmission de carcinome; nous croyons plutôt que la matière cancéreuse fut arrêtée dans les poumons de l'animal, et y séjourna. Ce qui vient à l'appui de notre opinion, c'est la difficulté de respiration éprouvée par l'animal dans les premiers moments, difficulté qu'il put surmonter grâce à son âge et à ses forces. Les expériences des autres physiologistes confirment encore notre opinion; nous ne voulons, par exemple, citer que les injections que M. Magendie a faites avec du mercure, qui fut retrouvé dans les vaisseaux

(1) Schmidt Jahrbücher, vol. XV, cah. 1.
(2) Archv. gén. de méd., 1824, t. VI, p. 295.
(3) Archiv. de médecine belge. Cah. I et II, 1840, p. 198.

Digitized by Google

capillaires du poumon, et avec de la fécule qui produisait des phénomènes plus ou moins prononcés de suffocation, selon la grandeur de ses grains. Nous citerons enfin encore les expériences de M. Langenbeck lui-même qui a vu mourir des lapins au bout de 12 à 24 jours avec tous les symptômes de suffocation, parce que le matière cancéreuse avait obstrué les vaisseaux capillaires des poumons. La possibilité de la transmission du carcinome de l'homme sur les animaux n'est donc pas encore prouvée.

ARCHIVES DE MÉDECINE.—Juillet 1840.

Moxas avec l'amadou.

Une pratique bien simple, relative à la construction des moxas, est celle que nous voyons suivre dans quelques hôpitaux de Paris, et que nous voudrions voir se repandre davantage : elle consiste uniquement dans la substitution de l'agaric aux moyens ordinaires employés pour la construction de ces agents spéciaux de cautérisation. Le *modus faciendi* est ici si simple, qu'il devient inutile de nous étendre sur ce point; nous nous bornerons à faire remarquer que l'agaric employé doit être choisi bien souple et bien nourri, il doit être fortement enroulé, et maintenu dans cet état à l'aide d'une bande. De simples fils seraient insuffisants, parce que, brûlés, ils laisseraient échapper l'amadou. Sans doute on ne manque pas de moyens de cautérisations, et pour nous en tenir à un des modes de cette opération, le moxa a revêtu bien des formes dans l'art. Celle dont nous parlons en ce moment se recommande par la facilité avec laquelle elle s'exécute, et la vulgarité de la matière qui la compose. Il n'est qu'un mode de cautérisation qui, sous ces deux rapports, peut être comparé à celui-ci, c'est le marteau cautérisateur de Mayor; mais ce moyen effraie les malades ou les parents : il y a quelque chose de cruel dans sa forme qui l'empêchera de devenir jamais d'un usage commun. Ce reproche ne saurait être adressé au moyen dont il s'agit, qui conserve d'ailleurs sur les autres moxas la supériorité que nous venons de signaler. Que si l'on voulait éviter d'exciter incessamment la combustion du moxa à l'aide du soufflet, on saupoudrerait l'amadou de nitrate de potasse : au moyen de cette préparation, le moxa brûle spontanément. Ceci peut convenir chez les malades pusillanimes, impressionnables, que l'action du soufflet effraie.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE.— Juillet 1840.

Mémoire sur les rapports qui existent entre le sang, le pus, le mucus, et l'épiderme (lu à la société médicale d'émulation, le 3 juin 1840); par le docteur L. MANDL.

Les sécrétions pathologiques ont été, dans ces derniers temps, le sujet de recherches suivies; on s'est surtout appliqué à l'emploi du microscope et nous avons vu, depuis quatre ans, paraître une foule de petites notes et de mémoires sur l'étude micrographique du pus et du mucus. Notre intention est, tout en publiant nos nouvelles recherches, de donner en même temps un aperçu de l'état actuel de nos connaissances sur ces produits; mais nous renoncerons avec plaisir à l'énumération de toutes ces soi-disant observations et recherches, qui consistent dans un examen passager et superficiel du sujet, et dont l'éternel refrain ne fait entendre que : globules grands et globules petits, globules égaux et inégaux, etc.

Nous voulons nous attacher aujourd'hui surtout à l'examen de ces questions : Quelle est l'origine du pus et du mucus? Quel est le rapport entre cette sécrétion et le sang? Qu'y a-t-il de vrai dans cette ancienne opinion : l'épiderme est du mucus desséché?

Nous allons examiner les différentes opinions émises à ce sujet; nous verrons jusqu'à quel point elles diffèrent entre elles, et comment on peut les concilier.

Nous ne connaissons que deux opinions qui, dans ces derniers temps furent émises sur l'origine du mucus; nous disons seulement deux, car nous voulons nous occuper des opinions basées sur des expériences, et nous devons passer sous silence celles qui commencent par un *si* et finissent par un doute. C'est ainsi que dans le siècle passé on avait déjà dit que le pus et le mucus prennent leur origine par la transformation des sucs albumineux du sang, et de nos jours on a parlé de la transformation des globules sanguins, des globules fibrineux, etc. Mais ces opinions ont été avancées sans preuve; et nous aurons plus tard, dans le courant de ce mémoire, l'occasion de démontrer leur fausseté.

Pour éviter les fréquentes répétitions des mots : globules du pus et du mucus, nous allons seulement parler des globules muqueux; car il est bien démontré maintenant pour tous les micrographes que ces deux sortes de globules ne diffèrent pas entre eux. Cette opinion que j'avais énoncée dès 1837, en France, fut plus tard ou tout au plus en même temps professée en Allemagne, et tout le monde se plaît maintenant à reconnaître leur parfaite identité. C'est donc ailleurs que dans les éléments microscopiques qu'il faut chercher la différence de ces sécrétions; c'est dans la composition chimique du sérum dont nous devons plus tard nous occuper.

Voici l'exposé des opinions en question :

La première de ces opinions est celle de MM. *Henle* et *Vogel*. M. Henle (1) disait d'abord que les globules muqueux ne sont que les éléments altérés de l'épithélium. Pour mieux comprendre cette idée, il est nécessaire d'ajouter l'explication suivante. Le tissu épidermoïde qui recouvre toutes les surfaces extérieures et revêt intérieurement, sous le nom d'épithélium, les parois de toutes les cavités et de

(1) Hufeland's journal. Mai 1838.

Digitized by Google

tous les canaux du corps, se compose de cellules nombreuses, plus ou moins superposées, renfermant chacune dans son intérieur un noyau orbiculaire, ovoïde ou aplati, et remarquable, en outre, par un ou deux points que l'on y distingue. Ces cellules diffèrent les unes des autres par leur forme leur densité et le lieu qu'elles occupent.

Nous avons exposé ailleurs les études de M. Henle à ce sujet; cet auteur reconnaît trois espèces d'épithélium; épithélium en pavé, épithélium en cylindre et celui en paillettes. Il suffira ici de décrire brièvement le premier. Dans l'épithélium en pavé, la cellule est, en général, moulée sur le noyau central, autour duquel elle forme une vésicule dont les parois sont plus ou moins distendues, éloignées du noyau ou appliquées contre lui. Cette espèce de tissu épidermoïde se trouve à la surface extérieure du corps, sur presque toutes les membranes séreuses, dans l'intérieur des vaisseaux, etc. Les cellules épidermoïdes sont multiples et stratifiées; elles se développent dans la profondeur, et se serrent les unes à côté des autres à mesure qu'elles s'approchent de la superficie. Dans la couche la plus interne, le noyau des cellules est d'un rouge jaunâtre, et la membrane des cellules est si fortement appliquée contre le noyau, qu'elle est presque imperceptible; peut-être y manque-t-elle complétement. Un peu plus vers la superficie, le noyau devient plus granuleux, plus pâle et plus grand, et surtout la cellule prend plus d'ampleur; plus en dehors encore le noyau et la cellule s'aplatissent et finissent par devenir tellement comprimés qu'ils ne ressemblent qu'à de petites écailles. Dans les couches les plus superficielles de l'épiderme, le noyau des cellules ne peut plus être distingué et les écailles sont tellement serrées qu'on ne devinerait jamais comment elles sont formées, si on n'avait suivi leur transformation successive.

Il résulte évidemment de cette description, dit M. Henle, que l'épiderme ne doit plus être considéré comme un produit inorganique sécrété par le tissu réticulé de la peau, dont, à la vérité, il tire sa nourriture; son organisation est rendue apparente par son accroissement successif, surtout par celui du noyau des cellules, qui, arrivé à un certain degré d'accroissement, change de couleur, s'aplatit et finit par disparaître dans les cellules superficielles; aussi, sous le rapport chimique, *la composition des cellules change* dans les couches profondes et superficielles.

Nous n'avons pas besoin de donner ici une description des globules muqueux que tout le monde connaît; eh bien! la conclusion à laquelle M. Henle était arrivé dans ce premier mémoire, est que la plupart des globules muqueux sont des éléments altérés de l'épithélium; c'est-à-dire qu'ils sont en rapport avec les noyaux plus ou moins altérés des cellules épidermoïdales.

Mais quel est précisément ce rapport? Le noyau sort-il de la cellule, et, devenu libre, constitue-t-il alors le globule muqueux? Ou ce changement, cette altération a-t-elle lieu dans les couches inférieures des cellules? Voilà des questions auxquelles M. Henle n'a pas répondu dans le travail cité, et auxquelles M. Vogel s'est chargé de répondre.

Par les observations que nous venons d'exposer, il était déjà démontré qu'il existait un certain rapport entre les globules muqueux et les cellules épidermoïdales les plus profondes, celles qui font voir à peine des parois, et dont les noyaux sont tout à fait pareils aux globules muqueux. On pouvait donc demander si les globules muqueux sont la première période du développement des cellules épidermoïdes, ou si plutôt ces dernières se transforment en globules muqueux. Vogel (1) démontre qu'on ne peut pas penser à une transformation des grandes cellules superficielles de l'épiderme en globules muqueux; car dans celles-ci le noyau a presque entièrement disparu. Henle (l. c. p. 20) avait même déjà dit que dans l'inflammation des membranes muqueuses, ce sont d'abord les cellules superficielles de l'épithélium qui sont enlevées, et qu'ensuite la formation de globules a lieu.

On pouvait donc supposer que les globules muqueux sont les premiers éléments de l'épithélium, et que dans la suppuration suivie de la formation d'une membrane épidermoïde, les globules paraissent les premiers et sont plus tard transformés en cellules. Mais pour bien comprendre ces transformations, il sera nécessaire de dire d'abord un mot sur les phénomènes qui se passent dans la suppuration, et sur l'idée que les auteurs allemands se sont formée sur la composition du globule muqueux.

Ayant enlevé la peau à l'aide d'un vésicatoire, Vogel (l. c., p. 152) a vu que d'abord une sérosité claire, limpide, s'étend sur toute la plaie. Ce liquide ne contient aucun corpuscule microscopique. Peu à peu on voit paraître des globules très-petits, de 1/1000 de ligne de diamètre, quelques-uns plus grands, opaques; leur nombre s'accroît. Plus tard, on voit un pareil globule isolé, ou deux à trois réunis ensemble, entourés d'un halo transparent; viennent plus tard encore des corpuscules avec un centre opaque et une enveloppe transparente, ayant 3/1000 de ligne de diamètre. Enfin paraissent de véritables globules du pus. Ces corpuscules différents sont, d'après les auteurs allemands, des degrés différents du développement du globule muqueux, et cette idée s'accorde merveilleusement avec celle qu'ils se sont formée sur la composition du globule lui-même. Nous verrons plus tard que ces auteurs ont pris pour les degrés différents de développement, des corpuscules de nature tout à fait différente, et qu'ils ont supposé une transformation parce que les uns sont venus plus tard que les autres.

Nous disions tout à l'heure que ces observations s'accordaient parfaitement avec l'idée de ces auteurs sur la composition du globule muqueux; car, d'après Guterbock, les globules du pus et du mucus ont un noyau de 1/400 à 1/600 de ligne de diamètre, ou deux à trois petits noyaux de 1/700 à 1/900 de ligne de diamètre. Ces noyaux sont opaques,

(1) Prodromus disquisitionis sputorum in variis morbis excreatorum, Monach., 1838, Uber Elter, Eiterung, etc. (Sur le pus, la suppuration), Erlangue, 1838.

Digitized by Google

pourtant transparents au centre, un peu concaves, incolores, et rarement ou jamais granulés à leur surface.

Mis en contact avec l'acide acétique, les globules muqueux deviennent complétement transparents dans leur partie extérieure ; mais leur noyau subit des changements variables, suivant la concentration de l'acide employé. Si on se sert d'acide faible, le globule muqueux ne fait que pâlir ; un peu plus concentré, l'acide attaque le noyau central ; celui-ci se fend par ses bords, s'étrangle en deux lobes, comme un 8 de chiffre, ou en trois, comme une feuille de trèfle ; en quatre et même en plusieurs lobes. Pour suivre la marche de l'action de l'acide acétique sur ces globules, il faut éviter leur contact trop brusque, si l'on se sert d'acide acétique tout à fait concentré, son action est tellement brusque qu'on ne peut plus être témoin des changements qu'il fait éprouver aux globules muqueux. Les deux ou trois petits noyaux du centre sont quelquefois séparés déjà par l'action de l'eau.

L'action de l'eau et de l'acide acétique sur le noyau central du globule muqueux, et sur la séparation de celui-là en deux ou trois noyaux, s'explique maintenant, d'après Henle, selon que le globule muqueux est plus ou moins âgé, c'est-à-dire, selon qu'un laps de temps plus ou moins considérable s'est écoulé depuis sa formation (1).

Ces idées ont reçu un grand appui dans les observations importantes que M. Schwann a faites sur l'analogie qui existe entre les tissus des animaux et des plantes. Ces observations sont encore tout à fait inconnues en France ; mais, tout en nous réservant pour une autre fois l'occasion de parler des recherches de M. Schwann, nous dirons seulement, pour le moment, que cet auteur avait trouvé que tous les tissus sont, dans leur origine, composés de cellules avec noyaux, qui eux-mêmes contiennent des corpuscules très-petits.

Or, nous avons, d'un côté, les globules muqueux, avec deux ou trois petits corpuscules centraux ; d'un autre côté, les mêmes globules jouant le rôle des noyaux au milieu de la cellule dans l'épiderme : alors il ne restait pour les auteurs allemands aucun doute qu'il y a une transition ou plutôt une transformation de globules muqueux en épiderme.

En résumant donc toutes ces observations, voici quelle est l'opinion des auteurs cités sur la formation du pus, du mucus et de l'épiderme. Dans la sérosité se forment d'abord de très-petits corpuscules, dont deux ou trois se réunissant, sont bientôt entourés d'une paroi et forment ainsi le globule du pus et du mucus. Ce globule devient à son tour le centre d'une cellule, qui s'agrandit peu à peu, et qui forme l'élément de l'épiderme, qui offre, depuis sa couche inférieure jusqu'à la plus superficielle, les différents degrés de développement de ces cellules.

Telle est la première opinion dont nous voulions parler, et que nous avons exposée avec la plus grande impartialité. Examinons maintenant la seconde de ces opinions, qui est la nôtre.

(1) Voy. Archives de Muller. 1839. Cah. 3, p. 20.

Nous avons fait nos recherches indépendamment de celles des observateurs allemands ; nous les avons entreprises à une époque antérieure, mais nous les avons publiées presqu'en même temps. Notre mémoire ayant été publié dans un journal français (1), nous n'avons pas besoin d'en donner ici un extrait ; mais qu'il nous soit permis d'en citer seulement les résultats.

Nous avons d'abord démontré que les corpuscules que l'on voit nager dans le mucus, le pus, la salive, les épanchements, etc., et que l'on distinguait par des noms différents, par exemple, globules muqueux, globules du pus, de la salive, etc., sont tous identiques, et qu'il n'existe pas la moindre différence entre ces éléments microscopiques, soit sous le point de vue chimique, soit sous celui de leur forme, de leur grandeur, etc.

Nous avons démontré ensuite le premier que ces globules ne peuvent nullement être considérés comme transformation de globules sanguins, parce que ceux-ci, par leur contact avec le pus, parcourent peu à peu tous les degrés de dissolution, mais ne se transforment jamais en globules pareils à ceux que nous voyons nager dans la sérosité du pus, du mucus, de la salive, des épanchements, etc.

Nous avons signalé, en outre, des corpuscules très-petits, ayant 1/400 à 1/500 de millimètre de diamètre, que nous avons déclarés être des globules albumineux, formés par la coagulation de l'albumine du sérum, qui contient des sels. Nous n'avons donc admis aucun rapport entre ces globules albumineux et les globules du pus, du mucus, des épanchements, etc. Ajoutant, en effet, une petite quantité d'un sel à un de ces liquides, on produira une quantité considérable de globules albumineux pareils.

Quant à la nature des globules du pus, du mucus, etc., nous avons établi le premier qu'ils sont des globules fibrineux. Quant à l'existence de ces derniers, il est absolument nécessaire que nous donnions ici une explication. A l'époque où, à l'aide de microscopes imparfaits, et d'un éclairage mal employé, on croyait voir tous les tissus composés de globules uniformes, quelques auteurs (Home, etc.), ont déclaré que, même les membranes de fibrine, par exemple, celles que l'on retire du sang, en le battant, à l'aide de baguettes, étaient composées de globules. Cette observation est entièrement fausse. Si la fibrine est coagulée en grandes membranes opaques, il est impossible d'y voir aucune structure ; aucun élément microscopique ne peut être distingué. Mais en observant la fibrine se coaguler, sous le microscope, dans une gouttelette de sang, étendue entre deux verres, nous avons, le premier, démontré que la fibrine se coagule alors en globules ronds, aplatis, isolés. De même que le plomb ou la graisse liquide, tombant goutte à goutte, se coagule en globules isolés, mais ne forme que de grandes masses cohérentes, si une grande quantité de ces matières

(1) Mémoire sur la nature et l'origine du pus, son action sur le sang, et les différences qui existent entre le pus, le mucus et les épanchements différents. (Voir l'Expérience du 20 août 1838 et du 3 janvier 1839.)

Digitized by Google

peut se figer à la fois. Nous le répétons, nous avons le premier signalé ces globules fibrineux dans le sang, que l'on a, avant nous, décrit dans le sang des amphibies, sous le nom de globules lymphatiques, et, après nous, dans le sang de l'homme, sous le nom de globules blancs.

Personne avant nous n'avait donc vu les véritables globules fibrineux ; personne après nous n'a le droit de parler de globules fibrineux sans nous citer, et il aura encore moins celui de revendiquer un droit quelconque de priorité.

Nous avons le premier énoncé et prouvé que ces globules fibrineux et les globules du pus, du mucus, etc., sont identiques, sans recourir à aucune transformation de ces premiers en globules muqueux, etc. Nous avons expliqué la formation de ces derniers d'une manière bien simple, en disant que le sang transsudant à travers les vaisseaux sanguins y apparaît avec tous ses éléments, moins les globules qui ne peuvent passer à travers les parois des vaisseaux. Le sérum qui contient la fibrine en dissolution, placé hors de la circulation, donne lieu à une coagulation de la fibrine, et comme le sérum lui-même ne transsude que goutte à goutte, la fibrine elle-même ne peut coaguler qu'en gouttelettes, c'est-à-dire qu'elle forme les petits corpuscules que nous connaissons sous le nom de globules du mucus, du pus, des épanchements, etc.

Si, au contraire, une quantité plus grande de sérosité passe à la fois à travers les parois des vaisseaux, alors ces globules formeront de grandes masses qui ne peuvent faire reconnaître aucun élément. Tel est, par exemple, le procédé de la nature dans les inflammations. Mais si le degré de l'inflammation est moins violent, alors des membranes très-minces, formées peu à peu par la cohérence de ces globules, peuvent encore se prêter à la distinction de globules élémentaires, ainsi que nous l'avions annoncé depuis longtemps, ce que dernièrement M. Valentin a de même observé.

Pouvons-nous donc nous accorder avec les auteurs allemands sur le mode de formation des globules muqueux et du pus? Nullement. Ces observateurs, entraînés par le désir d'élargir les observations de M. Schwann, ont supposé une transformation entre les petits globules albumineux et les grands globules du mucus, transformation qui n'existe nullement. Ils sont bien vu les uns à côté des autres, mais cela ne prouve rien. Et si nous admettons même que ces globules albumineux précèdent l'apparition des globules fibrineux, observation dont nous pourrions douter, ces auteurs n'ont nullement prouvé ou même examiné que la sérosité qui apparaît la première soit la même qui fournit véritablement le pus.

Nous nous opposons d'autant plus à cette théorie de la formation de globules du pus, que nous n'admettons nullement la préexistence d'un ou de plusieurs noyaux dans le globule muqueux. Nous croyons ces noyaux le produit d'un effet chimique, soit que le liquide, par exemple, soit acide (alors même, d'après Henle, doivent s'opérer des changements dans la forme du globule muqueux), soit que l'on ajoute un réactif à la gouttelette exposée à l'examen microscopique. Les observateurs cités sont en effet forcés de dire que, pour bien voir les noyaux, il est nécessaire d'ajouter de l'acide acétique qui rend transparente l'enveloppe du globule. Nous savons fort bien que l'acide acétique rend transparents les globules; mais nous disons que l'acide produit en même temps une contraction, pour ainsi dire une coagulation dans la masse du globule qui a fait naître l'opinion combattue par nous.

On voit que jusqu'ici, si nous sommes en désaccord sur l'explication, nous admettons au moins les mêmes faits, les mêmes observations microscopiques. Nous sommes donc plus satisfaits encore si, étant, dans les lignes suivantes, en accord sur des faits et sur l'explication, nous y trouvons une approbation de notre opinion.

Oui, c'est le globule fibrineux qui, sécrété à la surface de la membrane, s'entoure d'une cellule et forme les éléments de l'épiderme. Ces globules frais, immédiatement après leur formation dans le sérum sécrété, c'est-à-dire les couches les plus jeunes de l'épithélium, doivent avoir une autre composition chimique que les couches superficielles, celles qui ont été déjà longtemps exposées à l'action de l'air et qui sont complétement desséchées.

C'est dans la fibrine que tous les organes prennent leur origine, ainsi que depuis longtemps il est établi dans la physiologie, et ce sont nos globules fibrineux qui forment les noyaux des cellules qui se trouvent, d'après Schwann, dans la structure originaire de tous les tissus.

Peut-on donc dire que le mucus est un épithélium imparfait? Nous ne le croyons pas, parce que cette explication dit implicitement que le mucus est destiné à devenir épithélium; mais nous croyons cette transformation seulement un cas particulier du sort des globules fibrineux. Si, en effet, ils sont expulsés hors du corps, sans y séjourner, alors ils forment les éléments du pus, du mucus, etc. Si, au contraire, ils restent fixés sur la membrane, ils subissent les transformations que nous voyons réalisées dans les différentes couches de l'épithélium. Ce qui est plus intéressant encore, c'est que cette transformation peut même s'opérer dans le mucus s'il reste plus longtemps à la surface des membranes; que l'on prenne, par exemple, le mucus qui se trouve dans le coin de l'œil, et on y verra beaucoup de globules, formant le noyau des grandes cellules. Ces cellules se sont formées au milieu du mucus, et il n'est pas du tout nécessaire de croire que ce sont des parties détachées de la surface de l'épithélium.

Si l'opinion des auteurs allemands et la nôtre diffère donc sur le mode de la formation des globules, nous sommes tout à fait d'accord que ce sont ces mêmes corpuscules qui fournissent les éléments de la formation de l'épithélium.

Nous n'avons, d'après ce que nous venons de dire, guère besoin d'insister sur l'explication de cette ancienne idée que l'épiderme est du mucus desséché. On voit comment le microscope peut donner une explication juste et scientifique à une hypothèse placée sans preuve et sans étude dans le domaine de la physiologie.

On voit en même temps comment des observateurs différents travaillant isolément, éloignés par de grandes distances et par la difficulté des communications entre eux, arrivent aux mêmes résultats

Digitized by Google

principaux, lors même que leur point de départ est différent, et que leurs recherches sont dues à des études préalables tout à fait diverses. Mais on sera en même temps convaincu que les premières observations, quelque différentes qu'elles soient, continuées avec persévérance et sérieusement de chaque côté, doivent tôt ou tard amener à des résultats principaux identiques.

Nous avons jusqu'à ce moment parlé indifféremment de globules du pus et du mucus, et le lecteur pourra peut-être croire que nous ne faisons aucune distinction entre ces deux liquides. Mais telle n'est pas notre opinion.

Nous croyons bien que partout où le sérum sanguin, passant à travers les parois des vaisseaux, donne lieu à la coagulation de la fibrine, les globules qui en résultent constituent des éléments qui entrent dans la composition du mucus et du pus. Les différences qui existent entre ces deux liquides doivent être cherchées dans la composition du sérum, qui subit des changements selon que la membrane se trouve à l'état normal ou inflammatoire; de même que dans la sécrétion habituelle des intestins et dans la dyssenterie, on trouvera des différences dans la composition du sérum, dans la quantité et la qualité des sels, de l'albumine qu'il contient, etc.

D'après ce que nous venons de dire on peut donc trouver du mucus ou du pus sur les tissus parcourus par des vaisseaux sanguins, pourvu que les globules fibrineux, mêlés à un liquide qui en est chargé, trouvent une surface libre, pour pouvoir sortir de l'organisme. Si, au contraire, ils sont forcés de rester dans l'organisme, ces mêmes corpuscules subiront les changements que nous avons signalés, et formeront les éléments de l'épiderme.

On voit donc que les différences ne doivent pas être cherchées dans les éléments visibles au microscope; car un seul et même procédé physiologique préside à leur formation. Elles doivent être trouvées dans la composition chimique du sérum. Mais si notre opinion sur l'origine du pus et du mucus est vraie, on doit trouver de l'albumine dans chacun de ces deux liquides; car tous les deux contiennent le sérum du sang, selon nous.

Voilà pourtant que Guterbock (1) dit : « Mucus purus qui faucibus et naribus et pulmonibus et recto secretus a me exploratus est, nullum continebat albumen... Sputa catarrhalia.... coquenda mutata non sunt. » Nous ne comprenons pas quelle a pu être la cause de cette erreur de la part de cet observateur distingué; car, en écrivant ces lignes, nous avons voulu nous convaincre encore une fois par la répétition d'une expérience maintefois répétée : c'est-à-dire nous avons chauffé légèrement le mucus jusqu'à 60 ou 70°. Eh bien! nous n'avons rencontré aucune difficulté à voir le mucus nasal, de transparent qu'il était, devenir, par la décoction, opaque et blanchâtre comme un blanc d'œuf délayé. On comprendra au reste facilement que ce changement de transparence et de couleur sera d'autant moins prononcé que le mucus est plus liquide; c'est-à-dire qu'il y a plus d'eau dans le sérum, de même que le blanc d'œuf ne devient qu'opalin s'il est délayé à l'eau.

On sait que la chimie animale laisse encore beaucoup à désirer. Pourtant nous voulons ajouter ici les analyses du pus, telles qu'elles étaient faites dans les derniers temps.

Le pus est, en général, neutre, d'après Vogel; mais il devient, par des causes accessoires, quelquefois alcalin ou acide (pag. 32). Le même auteur communique une analyse faite par le pharmacien Martius, dont voici les résultats. Les parties constituantes étaient :

Bases : Chaux, soude, potasse, magnésie et ammoniaque.

Acides : Acides phosphorique, hydrochlorique et lactique.

Principes neutres : Eau, albumine, osmazome, colle et graisse.

Les matières qui se trouvaient en plus grande quantité furent le phosphate de chaux, des sels lactiques, l'osmazome et une grande quantité de graisse. L'oxide de fer, qui se trouve quelquefois dans le pus, provient, selon Vogel, d'une quantité plus ou moins grande de sang mêlé au pus.

Cent parties de pus contiennent, d'après Valentin :

Eau.	88,064
Cholestéarine.	1,046
Oléine, soude oléique et hydrochlorique.	1,029
Stéarine.	0,705
Albumine liquide.	1,987
Albumine coagulée, fibrine, phosphate de chaux, talk.	7,169
	100,000

La même quantité de pus a donné 5,32 parties de cendres, qui contiennent (1) :

Phosphates, carbonates et sulfates de chaux.	0,62
Hydrochlorate de soude, avec de petites quantités de carbonate et de sulfate de potasse et de soude, et de traces de sulfate de chaux. . .	4,70
	5,32

M. Valentin croit que la présence de graisse libre dans le pus (sous forme de gouttelettes) partout où l'on ne doit pas attribuer sa présence à la destruction du tissu adipeux est un signe d'une suppuration mauvaise. Mais nous demanderons ici si, en effet, la présence de graisse, que Guterbock croit, avec Michaëlis, caractéristique pour le pus, ne doit

(1) De pure et granulatione. Berolini, 1837 (p. 21).

(1) Repertorium fur anatomie, etc., 1838, p. 246.

Digitized by Google

pas être toujours attribuée à la destruction d'une partie du tissu adipeux. Ce point n'est pas encore étudié dans l'histoire de la suppuration, mais nous sommes portés à croire que cela a réellement lieu.

Guterbock avait signalé dans le pus une nouvelle substance, qu'il appelle *pyine*, qui existe aussi dans le mucus, et dont les propriétés sont les suivantes :

L'alcool précipite dans le pus l'albumine et la pyine ; l'albumine n'est plus soluble dans l'eau, mais bien la pyine ; celle-ci donc, dissoute dans l'eau, est précipitée par l'acide acétique et nouvellement dissoute dans une quantité plus grande du même acide. Le précipité provoqué par l'alun dans une dissolution de pyine, est très-abondant. Une goutte d'acide hydrochlorique trouble la dissolution, une seconde goutte la clarifie. Elle diffère donc tout à fait du caséum.

Voici l'analyse du pus d'après cet auteur :

Eau	86,1
Graisse soluble dans l'alcool chaud	1,6
Graisse et osmazome solubles dans l'alcool froid	4,3
Parties insolubles dans l'alcool (albumine, pyine, etc.)	7,4
Perte	0,6
	100

La quantité des sels sur 100 parties de pus est de 0,8, dont 0,7 sont solubles dans l'eau. Ce sont, au reste, à peu près les mêmes que ceux que nous connaissons d'après les analyses précédentes.

Vogel (l. c., p. 77) cherchait en vain deux fois la pyine dans des crachats purulents, et il croit qu'elle n'est qu'une partie de mucus très-délayée qui, passant à travers le filtre, produit plus tard l'aspect trouble laiteux. Valentin (l. c., p. 246), ne croit non plus à l'existence de la pyine comme matière particulière; il dit qu'elle se comporte comme le caséum.

M. Gueterbock avait dit que dans la matière des granulations dans les plaies il se trouve aussi la matière qu'il appelle la pyine.

M. Simon (Archives de Muller, 1839, p. 29) dit, au contraire, que les granulations ne contiennent pas cette substance particulière. L'auteur a fait une décoction, pendant 16 heures de granulations bien lavées, prises au cou d'un cheval ; après l'avoir fait évaporer jusqu'à siccité, il a dissous le résidu dans l'alcool : la partie soluble était de l'osmazome ; l'autre, insoluble, fut précipitée en blanc par l'acide hydrochlorique, et le précipité fut diminué, mais non pas dissous, par l'acide hydrochlorique. Cette substance est tout à fait pareille, selon l'auteur, à celle des condylomes et de la peau du fœtus, qui sont composés des éléments d'un tissu cellulaire imparfaitement développé, parce qu'autrement ils fourniraient de la colle par la décoction.

Nous dirons ici encore un mot des expériences faites par Preuss(1). Cet auteur, qui s'est occupé des recherches sur la constitution chimique des tubercules, y a trouvé de la matière caséeuse et de la cholestérine ; mais il n'a pas trouvé la matière caséeuse dans le pus, excepté dans celui d'un abcès scrofuleux. Les flocons dans le pus de cette nature sont, d'après Preuss, de la matière caséeuse, précipitée par l'acide acétique libre qui s'y forme. On peut, dit, au reste, cet auteur, découvrir dans les cendres du pus, de l'oxide de fer; mais l'oxide de fer ne se trouvant pas dans le mucus, c'est le moyen proposé par cet auteur pour établir une différence entre le pus et le mucus. Nous avons vu tout à l'heure que la présence d'une quantité de sang plus ou moins considérable est la cause de la présence de l'oxide de fer dans le pus.

(1) Tuberculorum pulmonis crudorum analysis chemica diss. inaugur. auct. Preuss. Berol. 1835.

RÉSUMÉ.

1° Les globules fibrineux du sang, les globules du mucus et ceux du pus sont identiques.

2° Tous les globules sont le produit de la coagulation de la fibrine dans le sérum sanguin, qui a transsudé à travers les parois des vaisseaux sanguins.

3° La partie liquide, dans laquelle nagent ces globules, constitue la différence entre le pus et le mucus.

4° Si les globules fibrineux restent fixés à la surface de la membrane où ils sont sécrétés, ils deviennent les noyaux des cellules épidermoïdes, qui constituent les éléments de l'épiderme.

5° Si, au contraire, les globules fibrineux restent libres à la surface de la membrane, ils sont expulsés de l'organisme, et entrent comme éléments dans le pus et le mucus.

6° Ces deux liquides ne sont donc que du sang filtré, c'est-à-dire qu'ils contiennent tous les éléments du sang, moins les globules sanguins, le sérum subissant en même temps des altérations chimiques.

Gazette méd. de Paris.—Juillet 1840.

Observation curieuse d'un enfant né avant terme, qui resta pendant deux mois sans prendre de nourriture.

M. Chauvin, docteur en médecine à Sion, a communiqué à la Société Académique de la Loire inférieure le fait suivant qui, par sa singularité, mérite d'être reproduit.

Il y a trois ans qu'il naquit au village de Grée, en la commune de Ruffigné, un enfant du sexe masculin qui n'était pas à terme. La mère, qui se nomme Anne Hupel, était primipare et incommodée depuis le commencement de sa grossesse : elle n'était enceinte que de sept mois. Après l'accouchement, elle ne présenta rien de remarquable ; mais son enfant, quoique bien conformé, était plus petit qu'un enfant à terme. Il avait assez d'embonpoint, la peau délicate et d'un rouge vif, et les yeux constamment

Digitized by Google

fermés. La fonction respiratoire s'établit facilement, mais la voix et les fonctions digestives et locomotrices restèrent dans l'assoupissement le plus complet pendant sept semaines. Pendant tout ce temps il paraissait dormir constamment ; tous ses mouvements consistaient, quand on le démaillotait, à se pelotonner les cuisses sur le ventre, les jambes sur les cuisses et les bras sur la poitrine, pour reprendre la position qu'il avait dans le sein de sa mère. Les autres enfants nouveau-nés opèrent ce mouvement pendant deux ou trois jours seulement, et ils en font d'autres ; mais celui-ci le fit pendant sept semaines, et ne fit que cela. Il ne poussa pas un seul cri ; il ne but ni ne mangea. Si on lui mettait dans la bouche quelques gouttes de lait, de vin ou autre chose, même de la bouillie, on le retrouvait, vingt-quatre heures après, dans le même endroit sans qu'aucun mouvement de succion ni de déglutition lui eût fait subir aucun déplacement. Il n'évacua, pendant tout ce temps, aucune matière stercorale ; il n'urina point, et ne salit nullement les linges sur lesquels il était déposé. En un mot, il paraissait, à la respiration près, vivre de la même manière que pendant qu'il avait été renfermé dans le sein de sa mère. Il n'augmenta pas, mais aussi il ne diminua point ; sa fraîcheur et son embonpoint restèrent toujours dans le même état.

Lorsque les sept semaines furent écoulées, tous les organes sortirent à la fois de leur assoupissement ; il se mit à crier jour et nuit, à boire, à manger et à évacuer par toutes les voies ordinaires ; il prenait beaucoup de nourriture, eu égard à sa force, et cependant il dépérit considérablement : il devint jaune, maigre et ridé, et on désespéra encore une fois de pouvoir l'élever : cependant, après un espace de temps de deux à trois mois, il prit le dessus, et maintenant qu'il a trois ans, il est aussi bien portant que n'importe quel enfant de son âge.

JOURN. DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT. — Juillet 1840.

ANALYSE DE SÉCRÉTIONS INTESTINALES TOUJOURS ACCOMPAGNÉES D'UN LIQUIDE ;

Par M. GRIPEKOVEN, pharmacien à Bruxelles.

M. M...., traité par M. le professeur Hauff, me remit, pour l'analyser, une portion de globules jaunâtres et verdâtres tantôt opaques tantôt transparents, le plus souvent bosselés, parfois aussi ronds avec un liquide, qui accompagnaient cette sécrétion. J'appris d'autre part que M. M.... était hydropique, et avait lâché il y a quelque temps après l'usage des *pilules hydragogues de Janin*, une substance noire très-inhérente ressemblant en quelque sorte à un amphibie à moitié décomposé par putréfaction, ce qui lui a rappelé, qu'il avait bu un jour, ayant grand soif, d'une eau sale, dans laquelle il vit trop tard des amphibies ; ce qui lui suggéra l'idée, que ces productions apocryphes étaient peut-être des sécrétions appartenant à un animal vivant qu'il portait en lui et qui lui causait ses souffrances. Tant qu'il avait continué ses pilules, ces productions n'avaient plus eu lieu. C'était seulement depuis quelque temps qu'elles avaient recommencé.

Examen empirique. — Les productions étaient sous forme de petites boules tantôt bosselées, plus ou moins rondes, portant le plus souvent à leur base quelques fibres, qui se répandaient sur la surface et la masse, et servaient de point de départ aux masses granuleuses, composant le tout, ressemblant quelquefois à des morceaux de pommes de terre, quelquefois à des haricots. La pesanteur spécifique était plus grande que celle de l'eau. Lavées avec un peu d'eau, ces boules n'avaient aucune odeur. Saveur inconnue. Vues à la loupe, on n'y distingue qu'une masse d'apparence cristalline sans forme précise, quoiqu'il me semble parfois avoir affaire à une multitude de dodécaèdres de la pyrite, comme lorsqu'elle est bien pure.

La substance dont ces productions étaient formées était du reste très-molle, sans ténacité, mais les petits points d'un aspect cristallin avaient beaucoup de cohésion entre eux, de sorte qu'il fut difficile d'en isoler un seul.

Toutes ces masses renfermaient beaucoup d'eau ; j'ai eu de la peine à les sécher, de façon qu'elles n'humectassent plus le papier de tournesol. J'ai fini par les laisser pendant la nuit sur du papier de tournesol, pour voir en même temps, s'il y aurait réaction acide prononcée.

Examen chimique. — Le papier de tournesol blanchit d'abord et finit par rougir.

Il y eut des places non affectées, d'autres portaient des taches rouges. — L'*eau distillée* en dissolva une partie qui fut réunie à la liqueur jaune non acide, qui était déjà adjointe aux masses, lorsque je les reçus de la liqueur Une partie de la dissolution filtrée fut évaporée à une chaleur douce. Il resta un sirop clair doux-amer d'une fort mauvaise odeur, rappelant en quelque sorte celle de l'urine.

Une autre portion fut soumise aux réactifs suivants :

L'acide hydrosulfurique et l'hydrosulfate d'ammoniaque furent sans action.

L'ammoniaque liquide troubla la dissolution et précipita un peu de magnésie.

Le sous-carbonate d'ammoniaque et celui de soude donnèrent lieu dans le même liquide, dont la magnésie avait été séparée, à un autre précipité blanc, que j'ai reconnu pour du *carbonate de chaux*.

L'acide oxalique troubla la liqueur ce qui confirma la présence de la chaux. J'ai évaporé le restant pour expulser l'ammoniaque et le sous-carbonate

Digitized by Google

d'ammoniaque jusqu'à la consistance sirupeuse. La liqueur se brunit alors, laissant dégager une odeur d'urée, la même qu'on obtient, mais beaucoup plus forte, lorsqu'on évapore de l'urine à sec.

J'ai réduit la masse, devenue extractiforme, dans de l'eau distillée. Il resta dans la capsule servant à l'opération une petite quantité de charbon, entre-mêlé de substances cristallines et de filaments noirs en quantité étonnante.

La liqueur dissoute et filtrée était devenue jaunâtre, elle donna un léger précipité par le chlorure de platine et par l'acide tartrique, ce qui indique la *potasse*.

Le chlorure de barium produisit un précipité blanc, qui fut un instant digéré avec de l'acide nitrique. Une partie resta indissoute, ce qui prouve la présence de l'*acide sulfurique*. Le liquide filtré et saturé d'ammoniaque laissa déposer de nouveau.

Le charbon volumineux, acide phosphorique ou tartrique, qui resta lorsqu'on avait poussé l'évaporation assez loin se prononça pour l'*acide tartrique*. La nature de la composition militait en faveur de l'*acide phosphorique*.

Le *nitrate d'argent* ne fit aucun précipité dans le liquide.

La nature du liquide étant à peu près connue je m'occupai à rechercher celle des substances solides :

Une partie de la substance fut délayée dans l'eau, en pressant légèrement avec un pilon. Je réussis fort bien de cette manière, d'en séparer le réseau de fibres dont j'ai parlé plus haut.

La partie délayée dans l'eau fut chauffée jusqu'à ébullition : il ne se faisait aucune séparation d'albumine ; la substance se prit avec l'eau en forme de gelée.

L'*alcool* dissolva une quantité considérable d'une boule ; mais la liqueur ne se troubla pas par l'addition d'eau. La dissolution alcoolique évaporée à sec laissa une couche de matière extractive, soluble dans l'eau et une très-petite quantité qui refusa de se dissoudre (*résine*).

L'*éther sulfurique* s'appropria également une petite quantité de résine et de graisse.

L'ammoniac et les autres alcalis en dissolvaient la plus grande partie. Saturée par de l'acide muriatique la liqueur rougissait très-sensiblement par un précipité, qui se déposa très-lentement en flocons d'un pâle rouge insoluble dans un excès d'acide. Je reconnus dans ce précipité la présence de l'*acide urique*.

L'*acide nitrique* concentré fut d'abord sans action ; mais un séjour de 12 heures fit subir un changement total aux masses. De jaune-pâle qu'elles furent, elles étaient devenues incolores, remplies d'une multitude de bulles remplies de gaz. Il ne resta que le squelette d'une pulpe blanche de la même forme que précédemment. La liqueur contenait dès lors de l'*acide oxalique*.

L'*acide muriatique* concentré, d'abord sans action, colora la substance en vert-foncé pendant une nuit, sans toutefois changer quelque chose au contour extérieur. Le vert-foncé assez remarquable ne changea plus de tout le temps que l'analyse dura.

L'*acide phosphorique* médicinal, c'est-à-dire dans la dilution prescrite pour la pharmacie, produisit un effet semblable.

L'*acide sulfurique* concentré colora sur-le-champ la substance en brun-rouge, la coloration augmenta de plus en plus jusqu'à ce qu'elle fut complètement dissoute. La dissolution était rouge-brun.

Le *nitrate de protoxyde de mercure* provoqua dans une solution concentrée un précipité sur-le-champ.

Le *nitrate de deutoxyde neutre* provoqua dans une solution concentrée un précipité de quelques flocons.

Le *nitrate de deutoxyde acide* ne précipita rien du tout.

L'*acétate de plomb* ne provoqua qu'un léger précipité (voyez plus haut).

Le *perchlorure de fer* ne précipita rien.

Le *chlore* blanchit sur-le-champ une boule jetée dans une solution aqueuse.

L'*iode* employée en teinture provoqua une coloration d'un bleu foncé (amidon).

Résumons ce que l'analyse a dévoilé, et voyons s'il est possible de concilier le résultat de l'analyse avec la composition d'une substance connue. Nous avons trouvé : magnésie, chaux, potasse, acides sulfurique, phosphorique et tartrique, une masse d'amidon, des fibres végétales, de l'acide urique, un autre acide libre, peut-être acide acétique, une substance résineuse, de la graisse, résidu insoluble.

La composition me paraît se rapprocher d'un mélange d'un peu de matière fécale et de substances farineuses alimentaires, sauf que dans la première il y a ordinairement du chlorure de sodium, qui manque ici. La matière fécale contient en outre rarement de l'acide urique, qui n'est pas ici à méconnaître, quoique la quantité n'est pas forte.

Des pommes de terre cuites et conservées un jour présentaient sous la loupe le même phénomène cristallin, il y eut seulement un changement en ce que l'acide muriatique ne produisit pas cette coloration verte. L'acide nitrique ne se conforma pas non plus dans tous les points, mais je crois que ces différences peuvent tenir à un changement partiel produit par une digestion plus ou moins avancée.

Le défaut d'alcalicité, d'amertume, de réaction des sels de fer, etc., prouva l'absence de bile. La réaction du nitrate de protoxyde de mercure ne veut rien dire ; c'est un réactif très-infidèle, qui produit très-facilement des précipités.

Digitized by Google

La *substance résineuse* indiquée par l'alcool et par l'éther peut appartenir à la fois à la matière fécale et aux substances alimentaires. Il en est de même du phosphate de chaux et de magnésie.

Conclusion.—La réaction de l'iode, les fibrilles végétales, la matière extractive très-soluble dans l'eau m'ont fait conclure que la substance analysée était simplement une substance alimentaire entre-mêlée d'un peu de matière fécale. Il est vrai, que l'acide urique n'exclut pas du tout la possibilité de la présence d'un amphibie, mais cet acide s'y trouve en trop petite quantité, tandis que les excréments des amphibies ne sont pour ainsi dire formés que d'acide urique en partie combiné. Il n'y avait pas d'apparence d'œufs non plus.

La présence de l'acide urique, l'absence d'acide muriatique, la réaction de l'acide muriatique, provoquant une coloration d'un vert-foncé, s'expliquent-elles par la nature de la maladie?

Cette analyse, je le sais, pourrait être plus complète; mais la variabilité à laquelle toutes les substances animales et végétales mi-liquides sont sujettes, me fit craindre des décompositions qui rendraient ma peine stérile. C'est peut-être aussi une raison pour laquelle les analyses de célèbres chimistes diffèrent sous tant de rapports.

Ce que je peux assurer, c'est que mes réactifs sont purs.

FAUSSES SANGSUES!

Il y a deux jours un marchand de sangsues s'est présenté dans ma pharmacie offrant les grosses sangsues à 7 francs moins que valent actuellement les sangsues moyennes. Défiant par cette grande différence je regardai de près, et je ne fus pas peu étonné, qu'on osât présenter des fausses sangsues (hirudo sanguisuga) dont la morsure produit toujours une inflammation plus ou moins grande, qui se distinguent par l'absence des six lignes caractéristiques des bonnes sangsues (hirudo medicinalis) et qui se trouvent en masse dans les étangs de Bruxelles et des environs.

Cet ambulant parlant fort bien l'allemand, prétendait en avoir vendu une bonne quantité à Malines, Gand, etc. J'apprends même aujourd'hui qu'un pharmacien de Termonde s'est laissé duper par inattention et en a acheté pour 52 francs, qu'il a dû jeter le lendemain. Cette surprise s'explique assez bien par la confiance, que peut avoir inspiré la qualité d'allemand; car il arrivait autrefois assez souvent des ambulants de Saxe et de Pologne, débitant de bonnes marchandises à des prix modérés.

Le 4 juin. GRIPEKOVEN.

COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE D'ANATOMIE, *comprenant l'histoire de l'anatomie, depuis son origine jusqu'à nos jours; — l'ovologie, l'organogénésie et les monstruosités; — l'anatomie des tissus et l'anatomie pathologique;* ouvrage mis en rapport avec la loi qui régit l'étude de la médecine en Belgique;

Par AD. BURGGRAEVE, professeur d'anatomie à l'Université de Gand.

Tome 1er, gr. in-8° de 500 pages, orné d'un beau portrait de Vésale. Gand, 1840 Chez T. et J. Impens. Bruxelles, Société Encyclographique des sciences médicales, rue de Flandre, n° 155.

Chargés depuis la loi de 1836, d'enseigner l'ovologie, l'organogénésie, les monstruosités et l'anatomie pathologique, les professeurs d'anatomie de nos facultés ont dû chercher d'abord à se procurer des pieces ou préparations sans lesquelles un pareil cours est impossible. Pendant que la collection de Louvain reste peu brillante, que celle de Bruxelles ne gagne guères, et que Liége est toujours peu riche, M. Burggraeve a formé un cabinet qui excite l'admiration de tous les visiteurs et qui suffit à tous les besoins de l'enseignement qui lui est confié. A peine formée depuis quatre ans cette collection compte déjà plus de douze cents préparations, toutes d'une beauté dont on se ferait difficilement une idée. Ce sont ces pièces, la plupart d'un haut intérêt et quelques-unes excessivement rares, qui sont mises sous les yeux des élèves pour leur faire apprécier certains cas que l'observation immédiate du cadavre ne pourrait faire connaître, ou qui, ne se produisant qu'à de rares intervalles, ne peuvent être étudiés que dans les musées d'anatomie, où la nature se présente à l'observateur dans toutes ses conditions et sous toutes ses formes.

Ce sont ces mêmes pièces qui ont fourni la matière du cours pratique et théorique que M. Burggraeve offre aujourd'hui au public. Cet ouvrage est écrit pour servir de guide aux élèves dans l'étude des différentes branches sur lesquelles roule l'examen de la candidature en médecine et répond ainsi à un besoin vivement senti. On manquait en effet, d'un traité classique sur l'ovologie, l'organogénésie, l'anatomie des tissus et l'anatomie pathologique, et ce n'est que d'après des notes recueillies dans les leçons que les étudiants pouvaient se préparer à la partie la plus difficile de leur examen.

Nous remercions M. Burggraeve au nom de la jeunesse de nos facultés; son livre est destiné à leur rendre des services pour lesquels ils ne sauraient assez lui témoigner de reconnaissance; mais ce n'est pas à eux seulement qu'il pourra être utile; l'auteur lui a donné une extension telle qu'il sera bien certainement recherché par les praticiens jaloux de se tenir au courant des progrès de la science.

Le savant professeur de Gand a fait précéder son travail d'un précis de l'histoire de l'anatomie depuis son origine jusqu'à nos jours; il a comblé ainsi une lacune sensible.

Digitized by Google

« En effet, dit-il, si toutes les sciences gagnent » à être étudiées sous le point de vue historique, » l'anatomie y trouve un intérêt spécial ; car elle » a ceci de particulier, que son histoire se rattache » à celle des hommes qui l'ont créée, et qu'en consacrant leurs noms aux organes qu'ils ont découverts, elle a imposé au médecin l'obligation de » connaître la vie et les œuvres de ceux dont elle » a voulu ainsi perpétuer la mémoire.

» Et pourquoi ne le dirions-nous pas ici : en » parcourant cette longue série d'anatomistes célèbres, nous n'avons pu nous garder d'un juste » sentiment d'orgueil, en voyant la part immense » que les anatomistes belges ont prise à la fondation et au perfectionnement de l'anatomie; et » nous n'avons pu nous empêcher de développer » à tous les yeux ce côté brillant de la nationalité » belge.

» On comprendra que les limites d'un simple » précis ne nous ont pas permis de faire un examen spécial de tous les ouvrages qui ont été écrits » sur la matière. Cependant nous nous sommes attachés à faire connaître les différents états de la » science pendant les siècles qu'elle a parcourus.

» A cet effet, nous avons pris pour chaque époque les ouvrages qui nous ont paru représenter » le mieux l'état auquel l'anatomie était parvenue » alors, et nous en avons donné une analyse aussi » complète que possible.

» Nous nous sommes fait une règle constante de » puiser aux sources, et le plus souvent, afin de » ne pas altérer la pensée des auteurs, nous avons » reproduit le texte lui-même. De cette manière, » cette partie historique s'est grossie de nombreuses citations latines, que cependant nous ne pouvions éviter sans diminuer le degré de confiance » que toute analyse d'ouvrage doit inspirer.

» Nous croyons que ceux qui s'intéressent aux » fortes études et aux progrès des sciences, approuveront à cet égard l'idée qui nous a guidé, » et qu'à leurs yeux nous sommes justifiés d'avance.

» Quoi de plus indispensable en effet pour celui » qui veut se livrer à de sérieuses investigations » que de se familiariser avec la langue des anciens » auteurs.

» Jusqu'au 18^me^ siècle, le latin a été la langue » scientifique ; y rester étranger, ou, ce qui est » à peu près la même chose, se contenter d'une » connaissance superficielle de cette langue, c'est » se condamner à ne point profiter des travaux des » Vésale, des Willis, des Malpighi, des Boerhaave, » des Haller et de tant d'autres illustres auteurs, » qui offrent des mines inépuisables de science à » celui qui veut les consulter.

» Nous aurions pu, comme c'est l'usage, rejeter » toutes ces citations en notes ; mais nous avons » cru qu'en les intercalant dans la matière même » du livre, sans en donner la traduction, nous engagerions ceux qu'une trop grande répugnance » ou un défaut d'habitude éloignent de l'étude du » latin, à faire connaissance avec les anciens auteurs, qu'ils apprendront à apprécier et à admirer » du moment où ils les auront lus.

» Nous avons divisé cette histoire en cinq grandes périodes : la première embrasse l'état de » l'anatomie depuis son origine jusqu'aux temps » modernes, et donne ainsi l'exposé complet des » connaissances anatomiques chez les anciens.

» La seconde période comprend l'état de l'anatomie depuis la restauration des lettres et des » sciences en Europe jusqu'à la fin du 16^me^ siècle, » époque féconde en progrès, et dont Vésale est le » représentant le plus illustre.

» La troisième nous fera connaître l'état de l'anatomie pendant le 17^me^ siècle, et les découvertes importantes qui ont été faites à cette époque, découvertes auxquelles se rattachent les » noms d'Harvey, de Bartholin, de Rudbeck, de » Malpighi, de Willis, de Ruysch, etc.

» Dans le cours de la quatrième période (18^me^ » siècle), nous verrons l'anatomie rentrer dans la » voie que lui avaient déjà tracée les anciens. » L'anatomie expérimentale avec Haller et Spallanzani ; l'anatomie des tissus avec Bordeu et » Bichat, et enfin l'anatomie pathologique avec » Valsalva et Morgagni se trouveront enfin réunies pour constituer une science complète.

» Dans la cinquième période (19^me^ siècle), nous » verrons le champ de l'anatomie s'agrandir encore, et l'anatomie comparée prêter son utile » concours à celle de l'homme.

» On ne s'étonnera pas sans doute de l'extension que nous avons donnée à cette partie historique. Tout le monde aujourd'hui sent l'importance de ces sortes d'études ; on comprend » que quand elles ne sont pas là pour éclairer » d'une vive lumière les travaux de l'esprit, la » confusion et l'anarchie s'y introduisent, qu'on » se consume en stériles efforts, et qu'au lieu de » marcher à la conquête de vérités nouvelles, on » reproduit péniblement de vieilles observations » et les vieilles idées.

» Quand au contraire on n'aborde la science » qu'après de consciencieuses études de ce qui a » été fait avant soi, on sait vers quel but diriger » ses efforts, on connaît les lacunes et on peut » avoir l'espérance légitime de les combler; car si » tous les savants ne peuvent prétendre à la gloire » des génies créateurs, tous, ouvriers modestes » mais utiles, doivent apporter leur pierre au » vaste édifice des sciences qui s'élève par le concours des générations. »

Oui, certes, tous devraient apporter leur pierre à l'édifice en construction ; mais que les professeurs de nos facultés cessent donc de rester muets comme le sont la plupart d'entre eux. La faculté de Gand se distingue des autres ; voilà pour 1840 deux

Digitized by Google

ouvrages de longue haleine presque à la fois, l'un de M. Burggraeve, l'autre de M. Guislain, tandis que d'un autre côté on ne compte que le mémoire de M. Van Huevel, de la faculté de Bruxelles, sur la pelvimétrie. — Nous ne faisons point mention du livre auquel M. Seutin a attaché son nom et qui en réalité n'est pas de lui, mais bien plutôt de ses élèves. —

LETTRES MÉDICALES SUR L'ITALIE, AVEC QUELQUES RENSEIGNEMENTS SUR LA SUISSE, résumé d'un voyage fait en 1838, adressé à la Société de médecine de Gand;

Par JOSEPH GUISLAIN, professeur ord. à la Faculté de médecine de Gand, chevalier del 'ordre Léopold, médecin en chef des établissements d'aliénés de Gand, l'un des fondateurs de la Société de médecine de la même ville; associé de l'Académie des Lyncés de Rome, membre correspondant et honoraire de plusieurs Sociétés savantes, nationales et étrangères, etc.

Un vol. in-8° de 343 pages, orné de 32 planches. Gand, chez F. et E. Ghyselynck. 1840.

Il y a deux ans, M. Guislain se rendit en Italie pour y étudier les institutions médicales et surtout pour y explorer les établissements d'aliénés. Dans un fort et élégant volume il raconte ses impressions de voyage, et trace la topographie scientifique des lieux qu'il a visités. — La première lettre se compose de trois parties : dans la première il a consigné les *Renseignements sur la constitution morbide de l'Italie;* la seconde traite de la *Constitution morale de l'Italie, considérée dans ses rapports avec les maladies mentales;* la troisième est consacrée à un *Coup d'œil sur les travaux médicaux en Italie.*

Dans sa deuxième lettre, l'auteur passe en revue les hôpitaux, les établissements de charité et les institutions des villes de l'Italie qu'il a visitées : Turin, Gênes, Pise, Florence, Sienne, Naples, Rome, Bologne, Ferrare, Reggio, Padoue, Venise, Milan, Pavie.

La troisième et dernière lettre renferme quelques renseignements sur la Suisse, et principalement sur les maisons d'aliénés et les établissements pénitentiaires qu'on y rencontre.

Dans un dernier chapitre intitulé *Conclusion*, l'auteur s'occupe de la Belgique, de l'état du haut enseignement, du jury d'examen, des Sociétés médicales, des cabinets, des établissements de charité, etc.

Nous n'avons fait qu'indiquer sommairement les parties dont se compose l'ouvrage de M. Guislain; un pareil livre échappe à l'analyse. C'est un écrit plein d'originalité, montrant l'Italie sous un point de vue tout neuf, et par cela même rempli d'attrait.

Cette nouvelle production de l'auteur du *Traité des Phrénopathies* les met au premier rang parmi les voyageurs qui ont exploré l'Italie scientifique, non pas en touristes, mais en critiques sages et posés. M. Guislain loue et blâme selon le cas; nulle part, dans le cours de ses lettres, on ne le voit négliger l'utile pour consacrer quelques pages de camaraderie à quelque confrère qui l'aurait reçu mieux que les autres, qui se serait montré plus prévenant.

Nous ne dirons point les services rendus à la science par M. Guislain; nous signalerons seulement à propos de son ouvrage et de ceux de MM. Burggraeve et Van Huevel l'occasion que devrait saisir le gouvernement d'en acheter un certain nombre d'exemplaires afin de pouvoir les offrir aux facultés allemandes en échange des productions qu'elles nous envoient périodiquement. Ce serait là établir un précédent encourageant pour nos auteurs, ce serait prouver à l'étranger, que nos facultés ne sont pas *muettes*, comme l'a dit récemment un de nos confrères.

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Observations sur l'emploi de la belladone dans le traitement de l'épilepsie; par M. Lisle.

Il n'est pas besoin de dire combien est grave et terrible cette affection nerveuse qu'on nomme épilepsie. Il n'est pas besoin non plus de répéter, avec tous les auteurs, combien elle s'est toujours montrée rebelle aux agents de la thérapeutique. Tous les médecins connaissent sans doute la liste si nombreuse et si variée des médicaments qui ont été préconisés tour à tour contre cette triste maladie, et bientôt après abandonnés. Toutes les substances qui jouissent d'une action énergique sur l'économie, et particulièrement sur le système nerveux, ont été essayées sans amener de résultats satisfaisants. Serait-ce donc que notre art soit à jamais condamné à l'impuissance, et qu'une nombreuse classe de malades doivent être abandonnés aux expériences des charlatans, qui trouvent surtout des dupes parmi les malheureux condamnés, à tort peut-être, à l'incurabilité? Non, sans doute, il faut se donner bien de garde de se laisser aller ainsi au découragement. L'épilepsie, en raison même de sa nature, qui a échappé jusqu'ici, il est vrai, à toutes les recherches, mais qui doit être passagère comme ses symptômes, l'épilepsie, dis-je, doit rentrer dans la classe des maladies susceptibles de guérison. Il existe certainement dans la nature une substance ou un ordre de moyens capables d'arrêter ses progrès et de modifier l'organisation de manière à prévenir le retour de ces accès; et parce que ce bienheureux spécifique n'a pas encore été trouvé, est-ce une raison de croire qu'on ne le trouvera jamais, et de s'abstenir de toute recherche ultérieure? Rien ne serait plus fatal à l'avenir de la science qu'une semblable manière d'agir. On conviendra sans doute que, de ce qu'un médicament a été employé plusieurs fois sans succès, il ne s'en suit nullement qu'on doive renoncer complétement à y recourir. Qui peut dire, en effet, que son administration, ordonnée sur une plus grande échelle, et d'une manière plus suivie, plus méthodique, plus longtemps continuée, viendra toujours aboutir aux mêmes résultats négatifs? Jusque-là il est au moins permis de douter; et ce n'est qu'après qu'un agent thérapeutique a été examiné sous toutes ses faces, qu'il est possible de constater son inefficacité.

Les réflexions qui précèdent s'appliquent seulement à l'emploi en médecine de ces substances peu nombreuses qui exercent une action puissante et incontestée sur nos organes. Or, personne n'ignore sans doute que la belladone jouit au plus haut degré de cette propriété remarquable; aussi a-t-on songé depuis longtemps à l'employer dans le traitement de l'épilepsie. Greding, le premier, fit des expériences suivies dans cette voie, et il en retira des résultats assez satisfaisants pour engager quelques-uns de ses contemporains à les répéter. Malgré ces précédents encourageants, personne n'avait pensé à suivre les traces de Greding jusqu'à ces dernières années, et la plupart des auteurs de nos jours ne mentionnent pas même la belladone parmi les substances qui peuvent être utiles contre l'affreuse maladie qui nous occupe. Dans ces circonstances, M. le docteur Leuret résolut, vers la fin de 1837, de tenter des expériences nouvelles. Il était alors chargé seul du service des aliénés pendant l'absence de M. Ferrus, et par conséquent dans une position très-favorable pour arriver à un résultat quelconque, soit positif, soit négatif.

Pour donner à ses essais le plus haut degré possible de certitude, il choisit ses malades parmi ceux qui offraient les accès les plus fréquents et les plus intenses. Leur nombre, d'abord borné à six, fut, après quelques jours, porté à quatorze, et plus tard encore à dix-huit. Presque tous éprouvèrent une amélioration sensible; aussi M. Ferrus s'associant aux espérances de M. Leuret, fit continuer ses observations aussitôt après son retour. Les malades furent donc soumis à l'influence de la belladone pendant plusieurs mois, et il était déjà permis, d'après les résultats obtenus, d'en espérer de plus satisfaisants, surtout chez des malades placés dans des conditions plus favorables. Mais par suite de circon-

Digitized by Google

stances qu'il est inutile de faire connaître ici, les expériences furent interrompues au commencement de l'année 1838, et elles n'ont pas été reprises depuis.

Cependant M. Leuret n'avait pas renoncé à donner à ses essais toute l'extension dont ils étaient susceptibles. Aussi presque aussitôt après sa nomination de médecin en chef d'une des divisions de Bicêtre, a-t-il songé à les reprendre avec la ferme résolution de ne plus les interrompre avant d'être arrivé à fixer d'une manière positive le degré d'efficacité de la belladone et de quelques autres agents pharmaceutiques. Il m'a semblé alors qu'il ne serait pas inutile de faire connaître en peu de mots les expériences faites il y a trois ans, et sur lesquelles j'ai recueilli des notes très-détaillées presque sous la dictée de M. Leuret et de M. Ferrus. Mais ces notes étant très-étendues, je me bornerai à en faire une analyse aussi succincte que possible, persuadé que je suis que s'il est bien de n'oublier aucun détail lorsqu'on recueille une observation, il est encore mieux de supprimer les moins importants lorsqu'on veut la publier.

Première observation. — Pierre F... est devenu épileptique à la suite de chagrins violents et longtemps prolongés. Ses accès, d'abord très-rares, ont augmenté peu à peu de fréquence au point de se renouveler presque tous les jours, et quelquefois jusqu'à deux et trois fois par jour.

Le 9 septembre, il fut amené à l'infirmerie de la division, avec six de ses camarades, dont il sera parlé plus bas. Son pouls offrait 66 pulsations par minute, et sa pupille présentait une ligne de dilatation. Le jour même, il prit 30 centigrammes d'extrait de belladone, divisés en trois pilules. Dès le lendemain cette dose fut portée à 60 centig., et resta la même jusqu'au 1er janvier 1838, époque à laquelle je quittai Bicêtre. Pendant cette longue période le malade a présenté les phénomènes suivants : le pouls, accéléré pendant deux ou trois jours, redescendit bientôt à l'état normal et même souvent au-dessous. La pupille offrit, dès le 10 septembre, une dilatation notable, qui persista beaucoup plus longtemps que l'accélération du pouls. Pendant les premiers jours encore la vue du malade se troubla, il éprouva des éblouissements fréquents ; sa langue, tantôt sèche, tantôt humide, offrit parfois un léger enduit brunâtre, et presque constamment un développement assez marqué des papilles épidermiques; enfin, après avoir eu quatorze accès du 2 au 6 octobre, le malade n'a pas cessé de jouir d'un bien-être dont il était privé depuis longtemps, jusqu'au 1er janvier, époque à laquelle j'ai cessé de le voir.

Dans cette observation il est incontestable que la belladone a exercé une influence salutaire sur le nombre des accès qui venaient tous les jours tourmenter le malade, et avaient porté une atteinte très-prononcée à son intelligence. Elle a fait plus encore, elle a diminué l'intensité de ceux qu'elle n'a pas pu prévenir, et après leur cessation le malade a éprouvé moins d'hébétude et d'abattement. Il s'en faut de beaucoup que tous les malades aient éprouvé la même amélioration. Celui qui fait le sujet de l'observation suivante n'a, en effet, présenté que des effets négatifs, et cependant il a été beaucoup plus sensible à l'action de la belladone.

Deuxième observation. Eugène D... est âgé de dix-sept ans et épileptique par accident. Ses attaques sont fréquentes et se renouvellent à des époques variables, souvent à la suite de la contrariété la plus légère. Le 9 septembre son pouls bat 80 fois par minute, et sa pupille offre près de deux lignes de dilatation. La dose d'extrait de belladone fut portée le second jour à 60 centigrammes, et continuée jusqu'au sixième. Pendant ce court intervalle, la vue du malade se trouble, ses pupilles acquièrent jusqu'à trois lignes et demie de dilatation : il éprouve de la céphalalgie, il a des hallucinations nombreuses qui amènent avec elle un délire gai et tranquille. La langue se dessèche et se couvre d'un ruban brunâtre au centre. Le pouls devient fort, plein, difficile à déprimer, et offre jusqu'à 108 pulsations. Cessation complète du traitement et peu après des accidents. La belladone est reprise à la dose de 60 centigrammes; mais le prompt retour des accidents oblige de la borner à celle de 30 centigrammes. Celle-ci fut continuée pendant toute la durée du traitement sans aucun phénomène nouveau.

Dès le 28 septembre le pouls était redescendu à 78 pulsations; la langue s'était humectée et l'appétit était revenu. Quant aux attaques, elles sont revenues à peu près aussi souvent qu'auparavant; on en a compté quarante depuis le 9 septembre jusqu'au 1er janvier. Il a semblé cependant qu'elles n'étaient pas tout à fait aussi intenses.

Troisième observation. Etienne L... est âgé de quarante-deux ans. Il a eu trois ou quatre attaques consécutives très-violentes tous les huit jours, depuis son entrée à l'hospice qui date de plusieurs années.

Le 27 septembre 1837, il fut soumis au traitement par la belladone : sa langue était humide et offrait des papilles épidermiques à peine visibles; ses pupilles avaient une ligne de diamètre; son pouls ne battait que 48 fois par minute. Belladone, 30 centigr.

Le 28, pas d'attaques ; pupilles, deux lignes de diamètre ; langue humide ; 96 pulsations. Le 30, pas d'attaques. Agitation violente et délire maniaque pendant toute la nuit et au moment de la visite ; pupilles, deux lignes et demie de dilatation ; langue un peu sèche, papilles de l'épiderme très-grosses; pouls, 84 pulsations. Du 1er au 2 octobre, une attaque. L'agita-

Digitized by Google

tion et le délire persistent, mais avec moins d'intensité; même état de la langue et des pupilles; 45 pulsations. Le malade n'a pas pris de belladone la veille. Belladone, 10 centigr.

Du 3 octobre au 1er novembre, Etienne n'a pas d'accès. Il continue à prendre de l'extrait de belladone mais à des doses très faibles.

Le 1er novembre et le 4 de ce mois, il y a deux accès. Belladone, 30 centigr. Cette dernière prescription ne varie plus jusqu'au 1er janvier, et le malade n'a pas d'attaques pendant cette longue période. Ainsi du 27 septembre jusqu'au 1er janvier, Etienne n'a eu que trois accès au lieu de trente à trente-cinq qu'il aurait eus dans le même temps, avant son entrée à l'infirmerie. Doit-on attribuer ce résultat à la belladone, pour laquelle le malade a montré une telle susceptibilité, qu'il n'a jamais pu en supporter plus de 30 centigrammes par jour?

Quatrième observation. G..., âgé de vingt et un ans, d'une constitution faible, imbécile, épileptique depuis son enfance, a tous les jours de cinq à six accès. Les infirmiers de la salle ne se rappellent pas qu'il ait passé un seul jour sans avoir des attaques.

Le 27 septembre, il prend 30 centigrammes d'extrait de belladone. Le lendemain, il a eu six attaques; la langue est humide, le pouls un peu accéléré. Même prescription.

Le 29, cinq accès; même état général. Le 1er octobre une attaque très-faible. Pupilles, deux lignes et demie de diamètre; langue rosée tendant à la sécheresse, papilles épidermiques très-développées; agitation violente, délire gai, hallucinations nombreuses; pouls, 80 pulsations. On suspend l'usage de la belladone pendant deux jours.

Le 3, pas d'accès depuis le 1er, encore un peu d'agitation; le malade a dormi pendant plusieurs heures. Belladone, 30 centigrammes.

Une attaque tous les jours du 4 au 10 octobre; état général assez satisfaisant. Le 10, pas d'accès; retour de l'agitation et du délire; langue un peu sèche; pouls à 80 pulsations. Cet état se dissipe le lendemain, quoique le médicament ait été pris comme à l'ordinaire. Depuis lors G... continue à prendre de la belladone à des doses variables, et la cessation des accès a coïncidé presque toujours avec un état d'agitation et de délire, passager il est vrai mais entièrement semblable à celui qui avait été d'abord observé. A deux reprises différentes le malade a passé huit jours consécutifs sans se ressentir de sa terrible maladie. Il est évident que chez lui la belladone a exercé une influence salutaire. Mais la maladie était si ancienne et si invétérée, qu'il n'était guère possible d'espérer un résultat plus satisfaisant.

Cette seule observation suffirait pour engager les observateurs à porter leurs recherches dans la voie si heureusement frayée par M. Leuret. On connaît assez l'influence puissante que l'habitude et la répétition périodique des mêmes actes exercent sur nos organes; et chez notre malade cette influence était fortifiée de toute l'énergie d'une maladie arrivée depuis longtemps à son plus haut point d'intensité. Qu'on juge donc de tout ce qu'il a fallu de puissance à la belladone pour combattre efficacement même pour peu de jours, ces deux actions si délétères!

Cinquième observation. François V... est âgé de trente ans; il a des accès presque tous les jours et toutes les nuits, plus fréquemment pendant la nuit. 27 septembre; deux accès la veille; langue humide; pupilles 1 ligne de diamètre; pouls, 92 pulsations. Belladone, 30 centigr.

Le 28, deux attaques pendant la nuit; même état de la langue et des pupilles; pouls à 106 pulsations. 30, pas d'accès; un peu d'agitation et de délire; langue un peu chargée. Même prescription.

Une attaque le 3, le 4 et le 5 octobre. Langue humide, pouls à 96 pulsations; les pupilles n'ont offert jusque-là qu'une très-légère dilatation. Le malade continue à prendre de l'extrait de belladone à la dose de 15, 20 ou 30 centigrammes, et n'a plus d'accès jusqu'au 24 octobre. Il en a encore un le 8 novembre, et deux le 9 du même mois. Depuis lors il n'a cessé de jouir d'une santé parfaite jusqu'au 30 novembre, époque à laquelle le traitement fut interrompu à cause de son indocilité.

Sixième observation. Nicolas M... est âgé de vingt-deux ans. Sa maladie date de sa treizième année; il est imbécile, d'un caractère timide et d'une constitution assez faible. Il a des accès très-fréquemment, souvent plusieurs par jour.

Le 27 septembre, trois accès depuis la veille; pupilles un peu plus d'une ligne de diamètre; langue humide, blanchâtre; pouls, 86 pulsations. Extrait de belladone, 30 centigrammes.

Le 28, pas d'accès. Pupilles, trois lignes de diamètre, langue tendant à la sécheresse; pouls, à 101 pulsations. Le 29, pas d'attaques, même état général; pouls à 108 pulsations. Pas d'attaques du 30 au 9 octobre. Le pouls redescend graduellement à son rhythme normal. Les pupilles se maintiennent fortement dilatées. Depuis cette époque jusqu'au 1er janvier, Nicolas continue à prendre l'extrait de belladone à la dose de 30 centigrammes, et un peu plus tard à celle de 50 centigrammes, sans présenter aucun phénomène remarquable. Pendant cette longue période, il n'a eu de loin en loin que quelques accès, qui se sont élevés au nombre de huit.

Septième observation. — P..... est âgé de quarante-quatre ans et épileptique depuis sa naissance. Entré à l'infirmerie pour une légère maladie accidentelle tout à fait étrangère à son affection primitive,

Digitized by Google

il a été observé avec soin pendant dix-huit jours avant d'être soumis au traitement par la belladone. Pendant ce court intervalle de temps il a eu cinquante-huit accès. Il est resté plongé dans un état d'hébétude et d'abattement bien voisin de la stupidité la plus complète.

Le 17 octobre, il a pris 30 centigrammes de belladone. Pendant trois jours, il a encore une attaque chaque jour. Mais depuis le 20 octobre jusqu'au 13 décembre, époque à laquelle il sortit de l'infirmerie, il n'eut plus aucun accès. Il n'était plus alors reconnaissable ; sa figure annonçait un peu d'intelligence; ses yeux s'étaient animés ; il comprenait les questions qu'on lui adressait et y répondait sensément. Cette observation est peut-être la plus concluante de toutes celles que j'ai recueillies. Elle aurait besoin sans doute d'être complétée par la connaissance de l'état ultérieur du malade ; cependant, telle qu'elle est, elle a déjà une grande importance; elle prouve jusqu'à l'évidence, que lors même que l'épilepsie est le plus grave, l'extrait de belladone peut modifier assez puissamment l'organisme pour suspendre pendant un intervalle assez long ses attaques et donner un peu de répit au pauvre malade.

Dans un prochain article, je ferai connaître le reste de mes observations, qui seraient trop nombreuses pour entrer dans celui-ci.

(Deuxième article.)

Les observations qui vont suivre ne sont peut-être pas aussi concluantes que celles qui composent l'article précédent. Cependant elles n'en offrent pas moins un grand intérêt en ce qu'elles permettent de déterminer d'une manière assez positive les effets physiologiques de la belladone. Elles confirment, comme nous le verrons plus bas, quelques-unes des notions déjà acquises à la science sur ce sujet; elles en combattent quelques autres, et enfin en ajoutent peut-être de nouvelles. Elles donneront encore une solution satisfaisante à une question importante : Jusqu'à quelle dose peut-on élever l'administration de ce médicament sans amener des symptômes d'empoisonnement, et pendant combien de temps la belladone conserve-t-elle son influence à une dose donnée?

Huitième observation. Paul P... a des accès très-fréquemment. Il est âgé de vingt-cinq ans environ. On manque de renseignements sur son état antérieur. Il avait eu deux accès, chacun des deux jours qui précédèrent son entrée à l'infirmerie.

9 septembre : pupilles, une ligne et demie de diamètre ; langue humide; pouls à 51 pulsations. (Belladone, 30 centigrammes.)

10 septembre. Pupilles, trois lignes de diamètre ; 92 pulsations artérielles ; pas d'attaques.

Du 10 au 20, le malade prend 60 centigrammes de belladone chaque jour, malgré une accélération du pouls très-marquée (de 80 à 95 pulsations), une forte dilatation de la pupille, quelques symptômes nerveux, et une sécheresse presque constante de la langue.

Du 20 septembre au 14 octobre, même prescription, et cependant la fréquence du pouls diminue, les pupilles sont moins dilatées, la langue s'humecte et ne conserve qu'un développement singulier des papilles épidermiques.

Jusque-là le malade n'avait pas eu d'accès.

Le 11 et le 13, il survient un peu de dévoiement à la suite de deux accès assez violents; la belladone est supprimée pendant plusieurs jours. Lorsqu'il est possible de la reprendre, la dose n'en est jamais portée à plus de 30 centigrammes et avec des alternatives très-fréquentes d'augmentation et de diminution, suivant l'état du tube digestif du système nerveux.

Du 14 octobre au 1er janvier, Paul P... éprouve encore des attaques pendant deux périodes distinctes du 11 au 18 novembre, et du 12 au 16 décembre.

Neuvième observation. M..., âgé de vingt-deux ans, imbécile, a souvent plusieurs attaques par jour.

9 septembre. Pupilles, une ligne de diamètre; langue humide ; pouls à 57 pulsations. Il a eu deux accès la veille. (Extrait de belladone, 30 centigrammes.)

10. Deux accès ; pupilles, 3 lignes ; pouls à 77 pulsations. (Belladone, 60 centigrammes.)

Le lendemain, le malade est très-agité, on est obligé de lui mettre la camisole de force ; une attaque ; 74 pulsations ; pupilles, 3 lignes. Cet état auquel vient s'ajouter du délire maniaque persiste pendant trois jours. (Même prescription.)

Le 15 septembre, M... n'a pas eu d'accès depuis le 11. L'agitation et le délire ont cessé. Le pouls ne bat plus que 65 fois par minute ; le sommeil est bon; la langue tend cependant un peu à la sécheresse.

Du 15 au 27, le malade offre de fréquentes alternatives de calme et d'agitation, de fréquence et de ralentissement du pouls, de sécheresse et d'humidité de la langue. Celle-ci ne présente que des papilles épidermiques à peine visibles ; la dilatation des pupilles a un peu diminué.

Le 27, une attaque. On continue le traitement sans nouvel accident jusqu'au 12 novembre, époque à laquelle M... se fait renvoyer de l'infirmerie à cause de son indocilité.

Dixième observation. Charles Av..., âgé de quarante ans, est depuis fort longtemps à Bicêtre; son intelligence est assez bien conservée, quoiqu'il ait des attaques tous les jours. Il en a eu trois pendant la nuit du 26 septembre, jour de son entrée à l'infirmerie.

Le 27, pouls à 75 pulsations ; pupille, une ligne

Digitized by Google

et demie de dilatation; langue humide. Belladone, 30 centigrammes.

Le 28, quatre attaques depuis la veille. Pupilles, deux lignes et demie; langue blanche, humide; papilles de l'épiderme bien développées; pouls à 82 pulsations.

Le 29, trois attaques. Même état des pupilles et de la langue; pouls à 92 pulsations.

Le 30, un accès. Même état de la langue et des pupilles; 78 pulsations.

Du 1er octobre au 16 du même mois, Charles A... n'a pas eu d'attaques; le pouls a presque toujours conservé un peu de fréquence; les pupilles sont restées dilatées; les papilles épidermiques de la langue ont toujours été très-développées. Le malade n'a du reste offert aucun phénomène qui n'ait été observé chez les autres.

Du 16 octobre au 15 décembre la dose de belladone est graduellement élevée de 30 à 75 centigrammes par jour, et cependant les attaques reviennent en grand nombre.

Vers la fin de ce dernier mois, la maladie, d'abord vaincue, se relève presque aussi grave que d'abord, et ne laisse plus un jour de repos au pauvre Charles A.....

Onzième observation. Emile M... est âgé de vingt ans, son intelligence est assez développée. Chez lui, l'épilepsie offre une marche tout à fait régulière. Les accès reviennent tous les mois à la même époque, et se répètent tous les jours pendant huit jours de suite.

Le 5 septembre, ce malade a un premier accès avant de prendre 30 centigrammes de belladone.

Le 3, pas d'attaques. Pupilles très-dilatées; vue trouble, affaiblie; un peu d'affaissement; pouls à 70 pulsations. Belladone, 60 centigrammes.

Le 7, même état de vue; 73 pulsations. Le malade éprouve quelques symptômes qui lui annoncent ordinairement la venue de ses accès, et qu'il désigne sous le nom de menaces. Belladone, 80 centigrammes.

Du 7 au 14, pas d'attaques. Menaces fréquentes; même état général; même prescription.

Du 14 au 18, un accès chaque jour, précédé chaque fois de nombreuses menaces. Le trouble de la vision persiste; langue blanche, humide; pouls fort, vibrant, à 75 pulsations. Même prescription.

Le 22, deux accès depuis la veille; pupilles, 3 lignes de diamètre; même état de la langue et du pouls.

Le 30, une attaque; pupilles, 2 lignes; pouls à 88 pulsations. La belladone, qui avait été abandonnée depuis six jours, est reprise à la dose de 30 centigrammes.

Depuis lors, Emile M... n'a plus offert aucun phénomène remarquable, quoique la dose d'extrait de belladone ait été graduellement élevée jusqu'à 90 centigrammes pendant plusieurs jours de suite. Il a eu seulement quatorze accès, et à des époques très-irrégulières.

Chez ces quatre malades, l'épilepsie a encore été modifiée dans sa marche d'une manière très-notable, par l'extrait de belladone. Le nombre des accès a été considérablement diminué. L'un d'eux a éprouvé, pendant seize jours, un bien-être auquel il n'était pas accoutumé depuis longtemps. Le second n'avait pas eu d'accès depuis plus d'un mois, lorsque son indocilité nécessita sa sortie de l'infirmerie. Enfin, le dernier a vu avec bonheur sa maladie changer de nature, ses périodes d'accès retardées de plusieurs jours et considérablement abrégées, et a pu espérer du temps une grande amélioration, sinon une guérison radicale. Les observations qui vont suivre n'ont guère offert que des résultats négatifs; mais quel est le médicament qui agit de la même manière sur tous les individus, et qui n'a pas eu aussi ses revers?

Douzième observation. Ch... est âgé de vingt-quatre ans; ses accès sont très-fréquents et surtout très-violents. Chez lui la belladone a eu des effets physiologiques très-intenses dès le quatrième jour de son administration; elle fut supprimée, et néanmoins pendant six jours on observa les symptômes suivants : accélération, puis ralentissement du pouls (83-61-50 pulsations); dilatation très-considérable des pupilles (plus de trois lignes); vue trouble, éblouissements fréquents; hallucinations presque continuelles, accompagnées d'un délire gai et de rires convulsifs. Quelques bourdonnements dans les oreilles; envies fréquentes d'uriner. Pendant deux jours, sueur grasse, fétide, un peu visqueuse surtout aux pieds.

Le 14 septembre, la langue qui pendant les jours précédents avait été un peu sèche, et râpeuse, reprend son état normal, en conservant cependant un développement très-notable des papilles épidermiques; les autres phénomènes se dissipent également, et le 18 le malade recommence à prendre 30 centigrammes de belladone.

De cette époque au 1er janvier, la dose en fut portée à 60 centigrammes. Cette dernière fut plusieurs fois diminuée et augmentée de nouveau, suivant l'état du malade, et les symptômes observés pendant les premiers jours ne se reproduisirent plus. La dilatation des pupilles persista pendant toute la durée du traitement; il en fut de même du développement des papilles épidermiques de la langue; le pouls offrit des variations très-nombreuses dans sa fréquence. Enfin, le nombre des attaques ne parut pas diminuer d'une manière sensible; on en compta trente-cinq, peut-être cependant moins intenses que précédemment.

Treizième observation. Pierre G... est épilepti-

Digitized by Google

que depuis sa naissance; les accès reviennent presque tous les jours; il est âgé de dix-huit ans; son intelligence est très-peu développée.

Le 27 septembre, langue humide, papilles de l'épiderme à peine visibles; pupilles, 1 ligne; pouls à 75 pulsations. Belladone, 30 centigrammes.

Le 28, pupilles, 1 ligne et demie; langue un peu sèche; même état des papilles; pouls à 96 pulsations; pas d'attaques.

Le 29, pas d'attaques. Pupilles, 2 lignes; langue un peu sèche à sa pointe; papilles epidermiques très-développées; pouls à 76 pulsations.

Le 1er octobre, pas d'accès; pupilles, 2 lignes et demie; langue offrant un large ruban brunâtre, sèche, râpeuse au centre; même état des papilles; pouls tendu, vibrant, 96 pulsations.

Le 4, une attaque; même état général.

Le 7, trois attaques.

Le 11, un accès; même état général; 96 pulsations.

Enfin, depuis le 11 octobre, jusqu'au 13 décembre, Pierre G... a eu trente-cinq accès. Il n'a plus d'ailleurs présenté aucun phénomène remarquable.

Quatorzième observation. Mathurin est un pauvre idiot âgé de vingt-cinq à trente ans, scrofuleux et épileptique depuis sa naissance, qui n'a été soumis à l'influence de la belladone que pendant quinze jours. Il a présenté à peu près les mêmes symptômes que les autres malades; à savoir : forte accélération du pouls (de 75 à 100 pulsations); dilatation de la pupille (jusqu'à trois lignes et demie); un peu de sécheresse de la langue avec un développement très-notable des papilles épidermiques. Pendant cette courte période, Mathurin a eu seulement cinq accès, quoiqu'il en eût ordinairement un chaque jour; ce qui aurait pu faire espérer d'obtenir un peu d'amélioration dans son état, si son indocilité n'avait obligé M. Leuret à le renvoyer de sa division.

Quinzième observation. Jean C..., âgé de vingt ans, est épileptique depuis plusieurs années. Son intelligence est très-peu développée.

Du 7 au 10 septembre, la dose d'extrait de belladone est rapidement portée à 80 centigrammes, sans résultat bien satisfaisant.

Le 10, agitation accompagnée de délire général; humeur querelleuse, démarche mal assurée, entièrement semblable à celle d'un homme pris de vin; vue trouble, pupilles fortement dilatées; hallucinations nombreuses; pouls irrégulier, 100 pulsations. Le malade ne prend pas de belladone. Le lendemain et les trois jours suivants, l'administration en fut reprise à la dose de 90 centigrammes, et les premiers accidents ne se reproduisirent pas.

Le 16, cette dose fut réduite à 50 centigrammes, à cause de l'apparition de quelques symptômes d'irritation gastro-intestinale, et continuée ainsi jusqu'au 28, époque à laquelle le retour constant des accès fit cesser tout traitement.

Seizième et dix-septième observations. Les malades qui font le sujet de ces deux dernières observations sont, comme le précédent, jeunes et d'un tempérament faible; leur intelligence est très-peu développée. Leur maladie date de leur enfance, et est tous les jours devenue plus grave et plus intense; depuis longtemps ils n'ont pas passé un seul jour sans en ressentir les atteintes. L'extrait de belladone leur fut donné aux mêmes doses, et amena les mêmes effets immédiats : agitation, délire, ivresse, trouble et obscurcissement de la vue, hallucinations; accélération du pouls, et enfin aboutit aux mêmes résultats purement négatifs qui firent abandonner le traitement au bout de quelques jours.

Résumé. Si maintenant nous résumons en peu de mots tous les résultats obtenus, nous verrons d'abord, quant à l'action curative de la belladone, que chez presque tous les malades qui ont été soumis à son influence, on a observé une amélioration évidente. Cette amélioration s'est surtout manifestée dans les premiers jours du traitement. Elle a persisté pendant un temps variable, et d'autant plus longtemps que les effets physiologiques du médicament ont été moins marqués. Cette règle n'a souffert que très-peu d'exceptions : l'un de nos malades (quatrième observation) a cependant offert une remarquable coïncidence de la cessation des accès avec l'invasion du délire et de l'agitation presque maniaque qui succédaient chez lui à l'action de la belladone. L'amélioration obtenue a porté plus souvent sur le nombre des accès que sur leur intensité. Leur intensité a néanmoins été diminuée chez quelques-uns. Chez Emile M... (observation onzième), entre autres, leur durée a été plusieurs fois bornée aux symptômes précurseurs.

Il semblerait d'après ce qui précède, que la belladone ne conserve que pendant peu de jours une influence énergique sur nos organes, lors même qu'on élève graduellement la dose. L'étude des phénomènes physiologiques produits par cette substance vient, comme nous le verrons plus bas, à l'appui de cette opinion. Ne paraîtrait-il pas, dès lors, convenable de faire alterner l'emploi de la belladone avec celui d'une autre substance dont l'efficacité serait aussi bien constatée? Ne pourrait-on pas encore retarder l'établissement de cette tolérance de nos organes, en ne l'administrant qu'à des doses très-faibles, et seulement tous les deux ou trois jours?

Si nous cherchons maintenant à constater les effets immédiats de la belladone sur l'homme, nous trouverons qu'elle a agi surtout sur la circulation, sur la vision, sur le système nerveux, et sur la langue.

1° Chez tous les malades, le pouls a été fortement accéléré dès le second jour du traitement. Mais cette

Digitized by Google

accélération a été peu durable, quelle que fût la dose de médicaments administrée ; elle a cessé chez quelques-uns après trois ou quatre jours, chez tous au bout de quinze ou vingt jours.

2° Les mêmes remarques s'appliquent à la dilatation des pupilles, qui a été constante comme la fréquence du pouls ; elle a cependant duré plus longtemps ; elle a même persisté pendant toute la durée du traitement, chez le malade qui fait le sujet de la douzième observation. A cette dilatation de la pupille se sont joints, chez quelques-uns de nos épileptiques, d'autres troubles de la vision, tels que des éblouissements fréquents, de la myopie, une cécité incomplète, etc.

3° Ce sont les derniers malades qui ont surtout offert des symptômes nerveux, plus passagers encore, il est vrai, que les autres phénomènes dont nous venons de parler. Ainsi, agitation plus ou moins violente ; délire ordinairement gai, quelquefois furieux ; hallucinations fréquentes ; démarche chancelante ; cris et rires convulsifs, etc. Et, chose remarquable, ces symptômes ont existé surtout chez ceux dont l'affection est restée entièrement rebelle à l'action de la belladone. Seraient-ils le résultat de la maladie plutôt que celui du remède ?

4° Un des symptômes les plus constants et les plus durables que nous ayons observés, c'est sans contredit un développement très-marqué de papilles épidermiques de la langue. Ce phénomène, qui n'a été noté par aucun observateur, est-il un effet de la belladone, ou sa présence ne doit-elle être regardée que comme le résultat d'une simple coïncidence ? Il s'est trouvé plusieurs fois accompagné d'une sécheresse assez prononcée de la langue avec un peu de soif. Mais il y a loin de là à cette chaleur de la bouche et de la gorge, à cette soif ardente, à ces déjections plus ou moins multipliées dont parlent les auteurs. Un seul malade a eu un peu de dévoiement, et encore ne prenait-il que 60 centigrammes de belladone. Presque tous au contraire ont continué pendant tout le temps du traitement à manger les trois quarts et même la portion entière.

Il nous reste encore à résoudre cette question : Jusqu'à quelle dose peut-on administrer la belladone sans danger ? Malgré l'autorité de Greding, qui recommandait de ne pas dépasser 20 centigrammes, M. le docteur Leuret ne craignit pas d'en prescrire 30 dans les premiers jours, et d'élever la dose à 60 centigrammes le second jour chez presque tous ses malades. Trois en prirent même 90 centigrammes pendant quelques jours. Cependant cette dernière dose n'a jamais été dépassée par M. Leuret. Pour le plus grand nombre de ses malades, il n'a pas dépassé 60 centigrammes.

L'extrait alcoolique de belladone a été préféré à toutes les autres préparations de cette plante, comme plus énergique et d'une administration plus facile. La dose de chaque jour était divisée en trois parties qui devaient être prises pendant les 24 heures, à des intervalles à peu près égaux. Elle a été donnée tantôt en pilules, tantôt sous forme de julep, suivant le goût de chaque malade.

Je bornerai là les remarques qu'il serait possible de faire sur les observations qui précèdent, et je m'estimerai heureux si leur publication pouvait décider quelques observateurs à porter leur attention sur l'étude d'une maladie qui n'est peut-être regardée comme incurable que parce qu'elle est trop négligée.

Gazette des Hôpitaux.—Août 1840.

Cas de surdité par suite de l'usage du sulfate de quinine ; par M. Williams.

Une femme âgée de quarante-huit ans souffrait depuis quelque temps de la sciatique. On a cru devoir la traiter à l'aide du sulfate de quinine. Après trois semaines de l'usage de ce remède, la malade est devenue sourde. On a suspendu l'usage du médicament, et on lui a fait prendre des purgatifs. Trois semaines après l'ouïe était revenue.

Une autre femme, âgée de soixante ans, souffrait considérablement d'un tic douloureux. On lui a fait prendre la quinine à forte dose et souvent. Par suite de cette médication, le nerf acoustique a perdu graduellement la faculté sensitive, et la femme est devenue sourde. On a continué le remède, et la surdité a augmenté. On l'a cessé, et trois semaines après l'ouïe a commencé à revenir. Ce progrès cependant n'a point continué, et l'ouïe est restée dure.

— On a depuis longtemps observé le phénomène dont il s'agit dans ces deux faits ; il a été observé surtout chez les sujets pléthoriques, et en général chez les personnes bien portantes qui se soumettent à l'usage des sels de quinine, principalement du sulfate. Pour que la surdité se déclare, il faut que la dose soit forte et répétée. Qu'elle dépende d'ailleurs de l'action directe de cette substance, la chose n'est point douteuse, puisqu'elle se manifeste également chez les personnes qui en prennent sans être préalablement malades. Une circonstance importante à faire remarquer, c'est que dans les faits publiés jusqu'à ce jour, la surdité a disparu par la seule cessation du remède ; il faut en excepter cependant celui dont on vient de lire les détails. Généralement cet effet est regardé comme nerveux. M. Giacomini a observé, dans ses belles expériences sur les sels de quinine, que jamais la surdité ne se déclarait si son administration était précédée d'une saignée du bras ; il l'at-

Digitized by Google

tribue à l'action hyposthénique que le sulfate de quinine exerce sur les vaisseaux capillaires de tous les organes, et en particulier du cerveau. Cet affaissement dans les capillaires donne lieu à une sorte de stase passive du sang cérébral dans les vaisseaux d'un ordre plus élevé; de là la céphalalgie et la surdité. Chez l'homme sain, ces phénomènes se dissipent aisément à l'aide d'un repas substantiel et de quelque boisson alcoolisée. A part l'explication, qu'on peut adopter ou ne pas adopter, l'observation de l'influence préalable de la saignée n'en est pas moins un fait important à signaler; d'autant plus qu'elle rend beaucoup plus énergique l'action de la quinine. Ajoutons, au reste, que la céphalalgie et la surdité s'observent souvent à la suite d'autres médicaments énergiques.

(Ibidem.)

Du traitement des maladies qui sont compliquées par un état rhumatique de l'économie, et surtout de l'iritis et de la bronchite rhumatismales; par le docteur Rees.

L'étude du rhumatisme s'étend et se complique de plus en plus, à mesure que la science fait des progrès. Le travail de M. Rees est encore dans cette direction. Si nous en donnons ici l'analyse, ce n'est donc pas pour simplifier cette étude, mais dans le but de signaler un certain ordre d'idées, qui est adopté par beaucoup de praticiens, et qui, s'il n'est pas démontré, est cependant exposé avec assez d'ensemble pour appeler l'attention. Suivant M. Rees, un grand nombre de maladies ont entre elles un rapport général, et doivent être traitées sous un même point de vue général, bien qu'avec de grandes différences. Il y a aujourd'hui deux maladies très-communes, et qui, toutes les deux, par leur nature, et par les moyens qui les combattent avec efficacité, confirment cette assertion : l'iritis et la bronchite rhumatismales, qui toutes deux se lient à un état particulier de l'économie, pour lequel quelques individus ont une prédisposition prononcée, qui a des caractères morbides assez tranchés, et qui exige pour toutes les maladies auxquelles il s'allie un traitement presque identique.

On a lieu de soupçonner que l'état rhumatique de l'économie complique une maladie chez les individus nés de parents qui ont souffert du rhumatisme, et chez ceux surtout dont les joues sont marquées par des vaisseaux capillaires rouges et injectés, ressemblant à un amas de petits vers, couleur de sang, placés sous l'épiderme, plus ou moins abondants, et qui deviennent de plus en plus visibles, à mesure que le sujet avance plus en âge. Les individus chez lesquels la face présente cette injection dans leur première enfance auront beaucoup à souffrir des maladies, si on n'apporte pas une grande attention à leur régime et à toute leur hygiène.

Voici quelques-uns des signes à l'aide desquels on peut reconnaître que l'économie est sous l'influence d'un état rhumatique : l'urine prend une couleur rouge foncé et dépose un sédiment rouge; la langue semble être parsemée de chaux réduite en poudre très-fine, surtout vers la pointe et les bords, qui acquiert une certaine épaisseur vers la base, et dont la couleur varie suivant les différents sujets. Lorsque ces particules, d'apparence calcaire, sont peu nombreuses, on reconnaît, en les examinant avec soin, qu'elles ont une forme globuleuse parfaite, qui disparaît quand il survient une inflammation viscérale de quelque intensité. On remarque encore chez les mêmes sujets une zone de vaisseaux, d'un rouge léger, autour de la cornée. Ce signe est surtout visible pendant que soufflent les vents du nord et de l'est, apparaissant et disparaissant en peu d'heures, et ne causant aucune douleur. Il est surtout utile comme moyen de diagnostic.

L'effet morbide spécial, que détermine sur l'économie l'état rhumatismal, et que l'on désigne vaguement sous le nom d'inflammation, peut se développer sur tous les tissus, ordinairement sur les tissus musculaires, fibreux et muqueux. Toutes choses égales d'ailleurs, les appareils qui ont déjà souffert sont frappés de préférence, et, parmi les muscles, ce sont surtout ceux qui ont été le plus fatigués. L'homme qui respire une atmosphère irritante, celui dont la respiration est fréquente et pénible pendant le travail, sera affecté de bronchite rhumatismale. L'intempérant, ou celui qui stimule continuellement son tube digestif par des purgatifs sera atteint d'une inflammation rhumatismale de la muqueuse des intestins, des reins ou de la vessie; tandis que l'homme à la pensée profonde, ou qui a beaucoup souffert par les peines morales, souffrira du cœur ou du cerveau. Le rhumatisme des muscles extenseurs du cou chez les enfants n'est pas rare et est fréquemment confondu avec l'inflammation du cerveau, erreur qui peut être funeste, et que l'expression de la physionomie suffirait seule pour faire éviter.

Un grand nombre de maladies, ordinairement sans importance, deviennent presque incurables lorsqu'elles se lient à un état rhumatique. Une légère contusion, une faible entorse, suffisent pour entretenir une inflammation continuelle; une opération chirurgicale peu importante peut amener les résultats les plus graves et les plus funestes. Les maladies qui dépendent d'un état rhumatique sont souvent traitées par les stimulants, qui soulagent pour le

Digitized by Google

moment, mais qui à la fin aggravent, en fournissant de nouveaux éléments de combinaisons morbides. L'auteur cite comme exemple les affections spasmodiques.

La condition rhumatique ne serait, suivant M. Rees, qu'une altération chimique, dépendant d'un dérangement des forces qui règlent la sécrétion et l'absorption, agissant sur des fluides dangereusement chargés de matière trop azotée, et formant l'urée. Le traitement doit nécessairement être basé sur les principes chimiques et se composer de moyens également chimiques.

Voici maintenant quels sont ces moyens :

Dans tous les cas de rhumatisme aigu on doit suivre un régime sévère, faire abstinence complète de bière, de vin, de liqueurs, de substances animales; le lait, le thé, le bœuf, le beurre, les œufs, le poisson, sont également pernicieux. Le déclin de la maladie est indiqué par la diminution du sédiment de l'urine et par la disparition graduelle de l'enduit qui couvre la langue. Quelques cuillerées de lait et de bouillon suffisent pour augmenter ces deux symptômes d'une manière prodigieuse. L'auteur donnait des soins à un homme atteint d'une violente bronchite rhumatismale, avec anasarque général, et qui déjà allait beaucoup mieux, lorsqu'il fut obligé d'entrer dans un hôpital. On lui prescrivit du pain et du lait, que son estomac ne pouvait conserver, et on ne lui donna pas autre chose : la gène de la respiration augmenta bien rapidement, l'urine déposa de nouveau un sédiment abondant, et en peu de jours la maladie se termina par la mort.

La saignée est souvent, d'après M. Rees, nuisible au commencement des affections rhumatismales. Une évacuation sanguine suffit quelquefois pour transformer une de ces affections rhumatismales, qui imitent si bien les maladies inflammatoires des organes internes, en véritables inflammations. On en voit des exemples dans le rhumatisme des muscles abdominaux et du péricrâne. Dans les cas de douleur rhumatismale intense de la tête, une seule saignée suffit quelquefois pour amener le délire. La gravité du danger est loin d'être en raison directe de l'intensité de la douleur, et la diminution de la douleur, produite par la saignée, n'est point une preuve évidente de son utilité, et quelquefois est une mesure de l'affaiblissement de la vitalité, le malade s'affaiblissant et succombant même pendant qu'il rend encore grâce du soulagement qu'on lui a procuré.

L'usage fréquent ou abondant du mercure détermine une disposition très-prononcée à être atteint de rhumatisme ; ou, s'il est administré pendant la durée de ce dernier, le rend extrêmement opiniâtre. Le rhumatisme des muscles intercostaux est très-fréquemment pris pour des inflammations de la plèvre, du poumon ou du foie, et, dans ce cas, l'emploi du mercure et de la saignée amène des maux irréparables. Aux différentes préparations que l'usage a consacrées dans le traitement du rhumatisme, telles que le colchique, la magnésie, la soude, la chaux, l'ammoniaque, etc., et que l'auteur regarde comme réellement utiles, il ajoute spécialement l'*iodure de potassium*, qui serait d'une aussi grande efficacité dans le traitement de la plupart des affections rhumatismales que le mercure dans celui de la syphilis. Dans les cas d'iritis et de bronchite rhumatique, l'iodure de potassium, uni à la liqueur de potasse, arrête souvent le développement de la maladie comme par un charme. Dans la bronchite, l'ipécacuanha, employé comme expectorant, est souvent utile. Quand une attaque de bronchite aiguë survient pendant le cours d'une inflammation chronique des bronches, les effets de l'iodure de potasse, combinée avec la potasse et l'ipéca, sont quelquefois merveilleux. Dans tous les cas, le régime doit être végétal et surtout farineux.

GAZETTE MÉDICALE. — Août 1840.

Lettre thérapeutique à PIERRE BRETONNEAU:

Du traitement de la fissure à l'anus, par le ratanhia; par TROUSSEAU.

J'ai toujours pensé, mon cher maître, que l'opération chirurgicale devait être l'*ultima ratio* des médecins, et que, par conséquent, il fallait avoir épuisé toutes les juridictions thérapeutiques avant de recourir au fer. Cette opinion, je l'ai surtout puisée auprès de vous qui, confiant dans la puissance des moyens dont dispose le thérapeutiste, croyez avoir peu fait encore tant qu'il reste quelque chose à faire.

Dans le voyage que j'ai fait à Tours, l'année dernière, vous m'avez reparlé des guérisons nombreuses obtenues par vous à l'aide du ratanhia, dans le cas de fissure à l'anus, et vous m'engagiez à essayer d'une médication qui, parfaitement exempte d'inconvénients, pouvait sauver au malade une opération rarement dangereuse, mais toujours douloureuse.

Quoique, depuis longues années, mon esprit soit docile à vos enseignements et que ce me soit facile de croire à tout ce que vous me dites, je n'aurais pourtant apporté peut-être qu'une demi-attention à ce nouveau précepte, si je l'avais trouvé rationnel; mais il choquait un peu trop les idées reçues, il était trop irrationnel pour que je ne fusse pas tout d'abord porté à y croire.

Le *credo quia absurdum*, si célèbre dans les

écoles théologiques, et si vrai quand on veut bien en creuser le sens, s'applique à merveille à bien des recherches thérapeutiques.

Je me défie toujours d'une médication rationnelle, parce qu'elle peut n'être qu'une vue de l'esprit, et que le meilleur logicien me fera faire beaucoup de chemin, et de mauvais chemin, si les principes d'où découlent ses corollaires sont erronés. Or, les *principes* sont rares dans notre art comme dans tous les autres arts ; et par conséquent le *rationnel* doit toujours être un peu suspect. Mais, au contraire, quand un homme éminent conseille un moyen qui heurte les idées reçues, qui a dû par conséquent naître presque d'emblée et sans principes générateurs, je suis disposé à croire; car il faut qu'une *vérité absurde*, c'est-à-dire non vraisemblable, soit bien *vraie* pour avoir trouvé créance.

A vrai dire, l'action du ratanhia dans le traitement de la fissure ne pouvait guère venir *a posteriori;* il fallait y avoir été conduit par hasard, et l'explication, s'il y en avait une, ne devait venir qu'après la constatation expérimentale.

Boyer qui, le premier, avait admirablement décrit la fissure à l'anus, la faisait consister principalement dans une contraction spasmodique du sphincter, accompagnée de crevasses plus ou moins profondes, plus ou moins étendues. Les crevasses n'étaient qu'une complication, qu'un accessoire dans la maladie, et il suffisait de relâcher le sphincter par la section de ses fibres circulaires, pour faire cesser immédiatement la contraction spasmodique et amener la guérison.

Aujourd'hui presque tous les chirurgiens ne partagent pas l'idée de Boyer sur le peu d'importance de la fissure en elle-même, et sur la prépondérance pathologique de la constriction ; et, à cet égard, il se forma, en quelque manière, deux camps opposés: dans l'un on voulut ne s'occuper que de la constriction, en négligeant la fissure; dans l'autre on ne s'inquiéta que de la fissure et l'on pensa que la constriction, qui n'en était que la conséquence, cesserait d'elle-même dès que la cause aurait disparu.

C'est ainsi, mon cher maître, que se formèrent deux modes de traitement principaux. Les uns firent la section des fibres de l'anus même en dehors de la fissure, ou bien employèrent des pommades relâchantes dans lesquelles les extraits de solanées vireuses occupaient le premier rang ; les autres, s'attaquant à la fissure elle-même, l'incisèrent pour en faire une plaie simple (ce qui ne se comprend guère), y portèrent des caustiques, des cathérétiques, des pommades diverses, analogues à celles que l'on emploie dans le traitement des plaies rebelles siégeant sur d'autres points.

Toutefois l'incision prévalut, en quelque point d'ailleurs et dans quelque intention qu'on la pratiquât.

Certes, quand on voit tous les chirurgiens préoccupés, les uns presque exclusivement, les autres beaucoup trop encore, de la constriction spasmodique du sphincter, on ne peut pas être rationnellement conduit à injecter dans le rectum les médicaments les plus propres à exagérer cette constriction, je veux parler du ratanhia.

C'est pourtant ce que vous avez fait, mais comment l'avez-vous fait ?

La constipation et l'effort que faisait le bol excrémentitiel contre le sphincter qu'il distendait et qu'il déchirait souvent, étaient évidemment, dans un grand nombre de cas, la cause de la fissure ; la constipation était encore le plus grand obstacle à la guérison.

Or, la constipation s'accompagne souvent d'un changement fort remarquable dans la dernière portion du rectum, immédiatement au-dessus du sphincter ; le rectum se dilate en ventre d'amphore, puis se rétrécit de nouveau au niveau de l'angle sacro-vertébral. Dans ce ventre d'amphore les matières s'accumulent, et forment un bol d'une grosseur énorme, de telle façon que chaque fois que le malade va à la garde-robe, l'excrétion est vraiment assimilable à une sorte d'enfantement.

Vous pensâtes que, pour vaincre ces *constipations* accompagnées ou non de fissures, il était convenable de rendre à la dernière portion de l'intestin le ressort qui lui manquait, et le ratanhia vous parut parfaitement approprié à cet usage. Vous donniez donc, dans le cas de constipation simple coïncidant avec la dilatation du rectum, des lavements avec l'extrait de ratanhia dissous dans l'eau avec addition de teinture alcoolique de ratanhia.

Une madame de B*** était traitée par vous, qui avait, en même temps que la constipation dont je parle ici, une fissure à l'anus qui lui causait d'atroces douleurs, et qui avait gravement compromis sa santé. Vous lui faisiez prendre chaque jour un quart de lavement de ratanhia, et bientôt constipation et fissures se trouvèrent guéries.

Vinrent d'autres malades constipées également et atteintes de constrictions spasmodiques de l'anus avec fissures. La même médication mit fin à tout. Ce fut alors que, n'ayant plus égard à la constipation qui manque dans certaines fissures, vous crûtes devoir essayer le ratanhia, et le même succès couronna cet essai.

Voici par quel chemin vous fûtes conduit. Une induction fort rationnelle vous fit faire le premier pas ; ensuite des faits que vous n'appeliez pas éveillèrent votre attention ; vous n'eûtes qu'à les constater, et une expérimentation attentive et réfléchie vous mena jusqu'à une médication qui n'est nulle-

Digitized by Google

ment rationnelle, mais qui est bonne en fait, et c'est le principal.

En effet, cette médication serait rationnelle à votre point de vue, si la constipation était toujours cause ou complication de la fissure; mais nous voyons assez fréquemment des malades atteints de fissures avoir de la diarrhée, ou tout au moins des garde-robes molles, ou bien encore prendre des lavements matin et soir, de manière à empêcher tout effort contre le sphincter, et cependant la fissure persiste.

Depuis le mois de janvier 1839, j'ai traité cinq malades, quatre sont guéris; M. Marjolin en a traité un qui est guéri; M. Bérard jeune deux qui sont également guéris; et un de vos élèves, M. Desguises, a également guéri une dame après quelques jours de traitement.

Ces faits sont assez nombreux pour que je vous les raconte, ils suffiront, sinon pour établir un point de science, du moins pour inviter nos confrères à des essais faciles et auxquels ils peuvent se prêter sans crainte que jamais leurs malades ou leur conscience leur fassent des reproches.

Voici le premier.

Obs. I (1). — Joséphine Michel, couturière, âgée de vingt et un ans, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 11 novembre 1839. Le 26 avril elle est accouchée, et, six jours après, elle a commencé à souffrir d'une fissure à l'anus; elle consulta successivement plusieurs médecins, qui lui firent prendre sans aucun avantage des bains de siége et des tisanes rafraîchissantes; elle fit usage aussi inutilement de pommade belladonisée; elle subit même l'opération; enfin elle se décida à entrer à l'hôpital dans mon service. Examinée le 12 novembre, on lui trouve une fissure à la partie postérieure de l'anus du côté du coccyx. L'anus est très-resserré, l'introduction du doigt produit de violentes douleurs; la défécation est accompagnée de vives souffrances et d'un petit écoulement sanguin. Les matières étant habituellement dures et très-grosses, les selles produisent de la pâleur, du frisson, des nausées, et sont suivies d'un profond abattement; tout le pourtour de l'anus est continuellement le siége d'une démangeaison extrême et d'élancements. Il y a trois mois qu'elle a été opérée par M. Monod, à la maison de santé de la rue du Faub.-St.-Denis; mais elle ne se soumit pas avec suite aux pansements convenables, et l'opération fut inutile. La malade est donc restée sept mois dans cet état sans que les bains, les fumigations et les lavements aient pu produire aucune amélioration. Le lendemain de son entrée on lui donna un quart de lavement contenant une cuillerée à bouche d'une solution de vingt grammes d'extrait de ratanhia dans cinquante grammes d'alcool. Ce traitement, renouvelé chaque jour, fit promptement diminuer les douleurs qui accompagnaient la défécation et la démangeaison à l'anus. Enfin elles disparurent le 22 novembre, onze jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. Depuis cette époque les lavements avec la teinture de ratanhia furent continués. Les douleurs n'ont plus reparu; la malade ne ressent qu'un peu de pesanteur au fondement, surtout lors de la défécation; les selles sont rares, formées de matières dures et moulées; enfin, le 30, elle sort entièrement guérie. Huit jours après elle est revenue nous voir: les selles sont faciles, sans douleurs. La malade n'éprouve plus même de pesanteur à l'anus.

En explorant le rectum on constate encore un petit enfoncement linéaire au point qu'occupait la fissure; et une forte pression fait éprouver un léger sentiment de douleur.

Réflexions. — En rapportant cette observation, je n'ai nullement prétendu établir une comparaison entre l'opération par l'incision et le ratanhia; j'ai voulu seulement faire voir qu'une fissure assez sérieuse pour avoir été opérée par un chirurgien grave et expérimenté comme l'est M. Monod, et qui n'avait pas été guérie, sans doute parce que les pansements n'avaient pas été convenablement suivis, a été rapidement guérie par le ratanhia.

Les deuxième et troisième observations nous semblent encore plus dignes d'intérêt:

Obs. II (1). — L. Deshais, âgée de quarante-deux ans, domestique, a été constipée, il y a quatre mois, à la suite de l'administration de quelques médicaments. Elle ressentit beaucoup de douleurs en allant à la garde-robe et évacua du sang. Ces douleurs cessèrent pendant trois mois et demi, pour recommencer, il y a quinze jours, avec plus de violence, et accompagnées d'une diarrhée qui ne dura qu'un jour. Depuis lors, le dévoiement a cessé, et les garde-robes ont été naturelles et faciles, mais elles sont suivies de douleurs vives qui durent six et même sept heures. La malade est examinée le 4 mars 1840. En explorant le rectum on trouve, à la paroi postérieure, une fissure ovalaire s'étendant depuis le sphincter jusqu'à trois ou quatre centimètres au-dessus, et d'une largeur de six à huit millimètres.

Traitement. — Orge, le quart, un lavement simple; une demi-heure après qu'il aura été rendu, un quart de lavement avec extrait de ratanhia, quatre grammes et alcool, un gramme.

Le soir un suppositoire avec beurre de cacao, quatre grammes, et un gramme d'extrait de ratanhia.

(1) Observation recueillie par M. Strœlhin.

(1) Observation recueillie par M. Petit.

Digitized by Google

Le 5, la malade a beaucoup souffert après avoir rendu le lavement simple. Elle n'a pas souffert en rendant le second qu'elle n'a gardé qu'une heure. Le suppositoire a été mis à sept heures du soir. La malade n'a pas éprouvé de douleurs pendant la nuit. Le matin elle a eu une garde-robe, semi-diarrhéique suivie d'une douleur qui n'a duré que deux heures, et qui a été moins vive que celle qu'elle éprouvait auparavant (le lavement simple était mêlé à des matières fécales quand il a été rendu, au lieu que le second a été rendu presque pur).

Même traitement qu'hier, seulement on met six grammes d'extrait de ratanhia au lieu de quatre dans le lavement.

Le 6, la malade n'a pas éprouvé de douleur après avoir rendu le premier lavement. Elle a pris le second et l'a gardé trois heures. La douleur qui est survenue lorsqu'elle l'a rendu a été sourde et a duré toute la nuit. De temps en temps quelques élancements; cette douleur était beaucoup moins vive que d'ordinaire. Le suppositoire a été rendu en diarrhée ce matin, et la malade a moins souffert qu'hier.

On supprime le lavement simple et on continue le reste du traitement.

Le 7, le lavement de ratanhia a été pris à trois heures, la malade a ressenti quelques douleurs pendant le temps qu'elle l'a conservé. Elle l'a rendu sans matières, et depuis lors elle a ressenti quelques douleurs sourdes accompagnées de battement, nullement comparables à celles qu'elle éprouvait. Auparavant, lorsqu'elle remuait dans son lit, elle éprouvait une sensation de pesanteur dans le rectum; ce sentiment de pesanteur a totalement disparu. Le suppositoire a été placé hier à six heures et a été conservé jusqu'à ce matin cinq heures; une garde-robe non-diarrhéique qui a été suivie de battements sourds.

Même traitement.

Le 8, la malade a pris son lavement hier à trois heures, et elle l'a gardé quatre heures, pendant lesquelles elle n'a pas souffert du tout; elle l'a rendu sans matières et elle n'a pas ressenti les douleurs dont elle se plaignait les jours derniers. Le suppositoire a été posé à huit heures du soir, et depuis ce moment la malade a ressenti des douleurs sourdes et de la cuisson, qu'elle attribue à l'introduction de ce topique. Ce matin une selle normale, depuis laquelle la malade souffre un peu.

Même traitement.

Le 9, le lavement a été gardé quatre heures, et la malade n'a éprouvé aucune douleur après l'avoir rendu. Ce matin elle a été à la garde-robe et elle a ressenti une douleur assez vive, mais de courte durée, et qui, cependant, existe encore à un faible degré.

Deux lavements de ratanhia. Pas de suppositoire.

Le 10, le premier lavement a été rendu sans douleur et la malade n'en a pas ressenti la nuit. Elle a rendu le second ce matin et elle n'a ressenti que de la pesanteur.

Deux quarts de lavement avec six grammes d'extrait de ratanhia pour chaque.

Le 11, la malade n'éprouve plus rien. L'introduction du doigt, pour explorer le rectum, est un peu douloureuse, mais infiniment moins qu'avant le traitement. La fissure est tout à fait cicatrisée à la partie inférieure, et, en la mesurant avec la pulpe du doigt, on ne lui trouve plus qu'une longueur d'un centimètre. Elle est encore ovalaire, et sa plus grande largeur est d'à peu près cinq millimètres. Sa profondeur est presque nulle, parce que les bords en sont presque complétement affaissés.

Même traitement.

Le 12, le toucher a déterminé hier des douleurs que le lavement de ratanhia pris à trois heures a fait cesser.

Le 13, depuis hier la malade ressent des battements sans vive douleur, des démangeaisons.

Le 14, hier la canule métallique d'une seringue a causé une vive douleur qui a duré jusqu'au soir. La malade souffre encore, mais moins qu'hier.

Le 16, les douleurs momentanées déterminées par la canule ont disparu. La malade a été à la garde-robe sans douleur.

Le 17, l'introduction de la canule est encore douloureuse.

Un seul lavement avec une canule de gomme élastique.

Le 20, la malade n'a pris de lavement depuis le 16 parce qu'on n'a pas pu se procurer de canule convenable, et cependant elle n'a pas ressenti de douleurs; les règles sont arrivées, on supprime le lavement.

La demie.

Le 21, la malade a ressenti pendant trois heures une douleur assez vive à la suite d'une garde-robe difficile.

Un lavement de ratanhia.

Le 25, après deux jours de constipation, la malade a eu une garde-robe douloureuse, les douleurs se calment aussitôt après l'administration du lavement.

Orge; lavement simple; lavement de ratanhia.

Le 26, la malade a eu cette nuit du dévoiement et des douleurs plus vives.

Un lavement de ratanhia.

Le 28, la malade a été à la selle sans douleur.

Le 30, la malade a de la fièvre.

Un bain; pas de lavement.

Le 1er avril, la malade prend un lavement de ratanhia.

Le 7, depuis huit jours la malade n'éprouve pas la moindre douleur. Les lavements n'ont plus été

Digitized by Google

donnés que tous les trois jours. L'exploration du rectum faite aujourd'hui permet de constater que l'introduction du doigt n'était plus douloureuse, que la fissure était entièrement guérie.

La malade reste encore six semaines à l'hôpital; la guérison ne se dément pas.

Réflexions. Ainsi amendement très-notable dès le troisième jour du traitement, diminution de moitié de l'étendue de la fissure le cinquième. — Cessation de douleurs le treizième jour; quelques douleurs encore le quinzième, après une garde-robe très-difficile. — Guérison totale le vingt et unième jour.

Les observations suivantes sont plus remarquables sous le point de vue de la rapidité de la guérison.

Obs. III (1). — Le 27 mai 1840, Truclin, femme Bassereau, journalière, âgée de trente-sept ans, est entrée à la salle Sainte-Julie de l'hôpital Necker. Cette femme, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une bonne constitution, est accouchée pour la dernière fois le 11 décembre 1838, et actuellement encore elle nourrit son enfant.

Déjà, dans les derniers jours de sa grossesse, la femme Bassereau était constipée, et deux ou trois jours après son accouchement, en allant à la garde-robe, elle ressentit une douleur très-vive dans le fondement. Cette douleur retentit dans tout le ventre. Depuis cette époque la malade ne se rappelle pas avoir été quatre fois à la selle sans éprouver des souffrances très-violentes et quand elle va à la selle le matin, ces douleurs persistent toute la journée; elles sont caractérisées tantôt par un sentiment de battements ou de brûlure, tantôt par des élancements, ordinairement accompagnés d'étreintes pénibles et fatigantes.

Le 28 mai, en explorant l'extrémité inférieure du rectum, on trouve un bourrelet formé par des hémorrhoïdes affaissées et ridées, dont la présence ne remonte pas, au dire de la malade, plus loin que les derniers temps de sa grossesse, époque à laquelle elle a éprouvé une attaque très-douloureuse d'hémorrhoïdes qui ont persisté jusqu'au moment des couches. En écartant avec soin les plis radiés de l'anus, on rencontre en arrière, sur la ligne médiane, sur les limites de la membrane muqueuse, une fissure oblongue peu profonde et très-douloureuse à la moindre pression du doigt.

Un lavement simple; un lavement avec extrait de ratanhia, 4 grammes; eau, cent vingt grammes; alcool, un gramme.

Le 29, hier, après l'exploration du rectum, la malade a souffert beaucoup jusqu'au moment où elle a pris son lavement de ratanhia, qu'elle a gardé très-peu de temps; après l'avoir rendu, les douleurs ont été un peu moins vives, elles ont duré néanmoins toute la journée. Ce matin, en allant à la garde-robe, les douleurs ont été un peu moins fortes que d'habitude; la malade a souffert quelque peu dans le ventre.

Même prescription.

Le 30, le lavement a été gardé cinq minutes; après qu'il a été rendu les douleurs ont été atroces, la malade les compare à celles de l'enfantement.

Même prescription.

Le 31, le lavement n'a été gardé qu'un quart d'heure; en allant à la garde-robe, la malade a beaucoup souffert encore, mais beaucoup moins.

Le 2 juin, le 31 mai la malade n'a pas pris de lavement, n'a pas été à la selle, n'a pas éprouvé de douleurs; le lavement de ratanhia qu'elle a pris hier a été gardé une heure et demie, et quand elle l'a rendu, les douleurs, d'ailleurs peu intenses, n'ont pas duré plus d'une demi-heure; les urines sont rouges, et la mixtion difficile. (Tisane de lin; un lavement simple; un lavement de ratanhia.)

Le 3, hier, en allant à la garde-robe, la malade a souffert pendant une heure; mais les douleurs ne sont pas comparables, pour l'intensité, à celles qu'elle éprouvait autrefois. (Même prescription.)

Le 4, le lavement a été gardé une demi-heure; et quand elle l'a rendu, la malade a éprouvé de très-vives douleurs qui ont duré pendant plusieurs heures; le lavement a été rendu accompagné de matières qui pourtant n'étaient pas dures. Ces jours derniers, les lavements étaient rendus presque sans matières fécales.

Le 5, le lavement a été gardé pendant trois heures; la malade l'a rendu sans effort, et n'a éprouvé aucune douleur. (Même prescription.)

Le 6, hier la malade a été à la garde-robe immédiatement après la visite (la selle était un peu dure); elle a éprouvé de vives douleurs pendant deux heures; elle a pris ensuite ses deux lavements et elle a conservé le premier, à l'eau, pendant une demi-heure; le second, de ratanhia, pendant un quart-d'heure, et elle les a rendus sans douleurs.

Le 7, le lavement de ratanhia a été gardé une demi-heure, et les douleurs que la malade a éprouvées en allant à la garde-robe ont été très faibles et de courte durée. (Même prescription.)

Le 8, elle a gardé son lavement pendant vingt minutes, et quand elle l'a rendu, quoiqu'avec le lavement il y eût des matières fécales moulées, la douleur a été très-faible et de peu de durée; ce matin, la malade a eu une selle normale sans le secours de lavements, et la douleur a été peu sensible. (Même prescription.)

Le 9, la malade est obligée de sortir de l'hôpital;

(1) Observation recueillie par M. Contour.

Digitized by Google

au lieu de souffrir toute la journée comme auparavant, elle ne souffre plus que pendant une heure et même, depuis ce dernier jour, pas plus d'une demi-heure; et les douleurs ne sont plus du tout comparables, pour l'intensité, à celles qu'elle éprouvait lors de son entrée dans le service.

Cette observation paraissait devoir être incomplète, lorsqu'une circonstance fortuite est venue, qui nous a permis de la compléter.

Un des enfants de cette femme prit la rougeole à laquelle il succomba, en la transmettant toutefois comme héritage à son jeune frère que la mère nourrissait encore: aussi rentra-t-elle une seconde fois dans le service des nourrices le 23 juin 1840. Elle nous a bien affirmé que depuis sa sortie de l'hôpital, bien qu'elle fût quelquefois plusieurs jours sans aller à la garde-robe, elle n'a jamais souffert de sa fissure soit en allant à la selle, soit dans d'autres moments de la journée.

A l'inspection de l'anus, on ne retrouve plus la fissure, et l'introduction du doigt ne réveille plus cette douleur qui existait à la partie postérieure, et que la moindre pression rendait si vive.

Obs. IV (1). — Le 3 juin 1840, il est entré, à la salle Ste-Julie, n° 1, une femme de 35 ans, d'une constitution moyenne, native d'un village d'Auvergne. Le lendemain, 4 juin, à la visite, cette femme nous a dit être naturellement d'une très-bonne santé; elle est accouchée depuis seize mois, et depuis seize mois, chaque fois qu'elle se présente pour aller à la garde-robe, elle éprouve des douleurs très-violentes qu'elle compare à des pulsations, et qui ont pour siége l'extrémité inférieure du rectum. Ces douleurs persistent toujours au moins une heure après les matières rendues, sont ordinairement teintes de sang, qui, quelquefois, est en assez notable quantité pour constituer une petite hémorrhagie.

Habituellement constipée, la malade va cependant chaque jour à la selle, et quand elle est un jour sans y aller, le lendemain, les douleurs qui accompagnent l'acte de la défécation sont beaucoup plus violentes, sans toutefois être de plus longue durée.

Le plus ordinairement la malade ressent à l'extrémité inférieure de la colonne vertebrale des douleurs peu vives, mais qui augmentent sous l'influence de la marche et de la fatigue.

En explorant attentivement l'anus et l'extrémité terminale du tube digestif, on ne tarde pas à reconnaître une fissure à la partie postérieure; cette fissure longue de deux centimètres à peu près, profonde de deux à trois millimètres, arrive jusque plus bas que le sphincter externe, où on peut constater son origine au milieu des plis radiés qui environnent l'anus. L'introduction de l'indicateur dans le rectum est très-douloureuse. (Un lavement émollient; et deux heures après, un quart de lavement avec eau. . . . . 125 grammes.

Alcool 1

Extrait de ratanhia. . 1

Le 5 juin. Le lavement a été gardé un quart d'heure; la malade a moins souffert qu'auparavant en allant à la selle, ce qu'elle attribue au repos qu'elle observe depuis son entrée dans le service. (Un lavement simple; un quart de lavement de ratanhia.)

Le 6, la légère amélioration observée hier n'a pas continué; et quand elle a rendu son lavement simple, la malade a éprouvé des douleurs assez vives, qui se sont prolongées jusqu'au moment où elle a pris le lavement de ratanhia (deux heures après). Celui-ci a été gardé une heure; et quand elle l'a rendu, elle n'a souffert qu'une demi-heure. (Même traitement.)

Le 7, une heure après l'administration du lavement de ratanhia, la garde-robe a été peu douloureuse, et les douleurs n'ont duré que très-peu de temps. (Même traitement.)

Le 8, le lavement a été gardé pendant une heure; et quand la malade l'a rendu, les matières fécales qui sont sorties en même temps que le lavement n'ont occasionné *aucune douleur*.

Depuis ce jour jusqu'au 11 du même mois, la malade continue à prendre des lavements de ratanhia, bien qu'elle n'éprouve plus aucune douleur quand elle se présente pour aller à la selle.

Le 11, l'introduction du doigt dans le rectum n'est nullement douloureuse; elle prescrit de constater la cicatrisation complète de la fissure. Au point qu'occupait cette fissure, on sent une espèce de petite arrête longitudinale sur laquelle le doigt est porté impunément sans réveiller aucune douleur.

Réflexions. — Dès le troisième jour du traitement, les douleurs ont diminué; le quatrième jour elles ont cessé; et le septième jour, on peut constater une guérison complète, qui ne s'est pas démentie pendant les dix jours de plus que le malade a passés à l'hôpital.

Obs. V (1). — Madame J. de Vaugirard, âgée de quarante ans, jouissant d'une bonne santé et ayant eu trois enfants, n'a jamais été sujette aux hémorrhoïdes qu'après ses couches: elles n'avaient alors que trois ou quatre jours de durée pour ne plus reparaître. Dès le 1er juin 1840, cette dame a commencé à éprouver des douleurs légères en allant à la garde-robe; elles ont été toujours en augmentant de durée et d'intensité, jusqu'aux premiers jours du mois de juillet, époque où je fus appelé. Les souffrances

(1) Observation recueillie par M. Contour.

(1) Observation communiquée par M. Desquilbees.

étaient alors poussées à l'extrême ; la défécation, qui avait habituellement lieu le matin, était horriblement douloureuse, au point que la malade appréhendait dès le soir le rude moment qu'elle aurait à passer le lendemain ; l'excrétion des matières était précédée de picotements à l'ouverture anale. Ces douleurs extrêmes duraient tantôt deux, tantôt trois ou quatre heures; elles cédaient peu à peu pour faire place à des battements et à une chaleur insolite qui donnait lieu à un sentiment de brûlure, ce qui forçait la malade à faire souvent des lotions froides qui la soulageaient pour un moment. Il *n'y a jamais eu de constipation*, et cependant le passage des matières fécales se faisait comparer à la malade à celui d'un instrument tranchant. Les lavements rendus produisaient les mêmes effets. Les bains de siége, loin de calmer les douleurs, ne faisaient que l'augmenter. Cet état durait toute la journée et disparaissait la nuit. L'introduction la plus douce possible d'une canule bien graissée faisait jeter les hauts cris. L'anus ne présentait à l'extérieur aucune trace d'hémorrhoïdes enflammées. Le doigt introduit par cette ouverture, on sentait à droite, et un peu en arrière, une surface dénudée, à bords irréguliers, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes : son attouchement était fort douloureux. La constriction du sphincter était très-énergique. Les selles n'ont jamais été sanguinolentes.

Après avoir employé des lavements opiacés qui ne produisaient que quelques moments de calme, et des mèches de pommade de belladone qui ne pouvaient être supportées plus de dix minutes, j'eus recours à l'extrait de ratanhia, suivant la formule de M. Trousseau, d'abord à la dose de quatre grammes.

Le premier jour, le lavement a été gardé vingt-quatre heures. Les douleurs ont duré deux heures. Après son administration, il y a eu dans la journée quatre heures de calme, qui a permis un sommeil paisible. Après ce temps, les douleurs sont revenues plus vives et ont duré deux heures. La nuit s'est bien passée.

Le second jour, mêmes douleurs que les jours précédents pour aller à la selle. Un nouveau lavement est administré. La douleur n'est pas aussi vive; il y a plus de battements et de chaleur que la veille ; mais les sensations sont intermittentes. La flexion des cuisses sur le bassin produit du calme.

Le troisième jour, même douleur. Le lavement est administré à la dose de six grammes. Après cette administration, une heure de douleurs seulement. Battements et chaleur supportables.

Le quatrième, les douleurs sont devenues plus intenses, malgré l'administration du lavement. Je conseillai à la malade d'en prendre un autre le soir, le premier ayant été rendu au bout de deux heures. Celui-ci fut gardé jusqu'à quatre heures du matin. La douleur n'a pas duré longtemps. La malade a pu dormir.

Le cinquième jour, un lavement simple est pris avec facilité; il est rendu avec des douleurs peu vives qui n'ont duré que très-peu de temps. Le mieux persistant dans la journée, la malade n'a pas pris de ratanhia.

Le sixième jour, le mieux persiste ; la garde-robe du matin est facile; il y a à peine de la douleur.

Le huitième, les douleurs ont cessé complétement et n'ont pas reparu depuis.

Un régime végétal et peu substantiel a été mis en usage pendant la maladie.

Ainsi, mon cher maître, voilà quelques faits à ajouter à ceux plus nombreux que vous avez observés vous-même. Je suis heureux de l'idée que j'aurai servi encore une fois à populariser une de vos méthodes de traitement.

Il me resterait à vous demander comment et par quel mécanisme agit le ratanhia dans la curation de la fissure à l'anus.

A cette question vous me répondrez : « cela guérit, que vous importe le comment? » et tout en confessant qu'en thérapeutique c'est presque toujours ainsi que l'on peut et que l'on doit répondre, l'esprit cependant inquiet et curieux voudra se rendre compte, et cherchera une explication qui le satisfasse.

Le tannin et l'acide gallique si abondants dans l'extrait de ratanhia, et dont l'action astrictive est si puissante, chassent-ils le sang qui s'est accumulé vers la partie irritée, et, la fluxion inflammatoire dissipée, la cicatrice se fait-elle avec rapidité ?

Ou bien le surcroît de tonicité que le médicament, donne aux muscles du sphincter à la membrane muqueuse et au réseau cellulaire sous-jacent permet-il aux tissus de résister plus efficacement à la distension causée par le passage du bol excrémentitiel; et la plaie, qui, chaque jour, n'est plus déchirée, tend-elle tout naturellement à la cicatrisation ?

Dans ces deux explications qui se présentent à l'esprit y a-t-il quelque chose de vrai ? je vous laisse le soin de le décider.

Est-ce à dire maintenant, mon cher maître, que le ratanhia guérisse la fissure par quelque vertu spéciale, comme le quinquina guérit la fièvre, comme le mercure et l'iode guérissent la syphilis? Je suis loin de le penser ; et il est bien entendu, pour vous comme pour moi, que toute substance végétale qui se rapprochera beaucoup du ratanhia par sa composition chimique donnera les mêmes résultats thérapeutiques. Je vais maintenant commencer une série d'expériences thérapeutiques sur le tannin, le cachou, la gomme kino, la sang-dragon, la bistorte, etc., et je ne doute pas que ces remèdes, divers par la forme, et les mêmes pour le fond, ne

Digitized by Google

guérissent la fissure aussi bien et peut-être mieux que le ratanhia.

Ce qui me le fait croire c'est que, tout récemment, MM. Payen et Manec ont traité avec succès quelques malades atteints de fissure à l'anus, au moyen de la monésia appliquée topiquement, substance nouvellement importée en France, et qui, entre autres principes, contient une notable quantité de tannin.

Comment convient-il d'employer le ratanhia? Le mode d'administration qui m'a paru le plus simple est le suivant. Je fais prendre chaque matin au malade un lavement à l'eau de son ou de guimauve, ou bien à l'huile d'olives ou d'amandes douces, afin de vider l'intestin ; une demi-heure après que le lavement a été rendu, j'administre un quart de lavement composé de cent cinquante grammes (cinq onces) d'eau ; extrait de ratanhia, de quatre à dix grammes (un gros à un gros et demi), et alcool à 21°, deux grammes (demi-gros). Le malade s'efforce de conserver ce lavement, et en prend un semblable le soir.

Quand les douleurs sont tout à fait calmées, il ne prend plus qu'un lavement de ratanhia ; et enfin, lorsque j'ai tout lieu de supposer que la guérison est complète, j'en fais prendre un tous les deux jours pendant une quinzaine.

J'ai essayé, sans avantage, de suppositoires composés de beurre de cacao, cinq grammes (un gros et demi), et ratanhia un à deux grammes (dix-huit à trente-six grains).

Les mèches enduites d'une pommade composée d'une partie d'extrait de ratanhia pour six ou huit d'axonge ou du cérat me semblent encore devoir être conseillées dans quelques cas.

Au reste, le moyen indiqué, c'est à chaque praticien de le modifier à sa guise, et suivant les cas spéciaux qu'il rencontrera.

Maintenant, mon cher maître, quel sera le sort de cette utile médication? Je n'ose le dire ici ; mais je crains bien qu'elle ne soit repoussée des chirurgiens, qui, plus que nous, ont à traiter des fissures à l'anus. Il y a deux raisons pour que nos confrères les chirurgiens la repoussent ; la première c'est qu'elle vient d'un médecin : la seconde... je vous la dirai tout bas quand j'irai, le mois prochain, passer quelques jours avec ma mère et vous que je confonds dans la même affection.

A. Trousseau,

Professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

Journal des conn. médic.-chir.—Août 1840.

—

Tuméfactions chroniques de la prostate et rétrécissements spasmodiques de l'urètre pris pour des rétrécissements organiques ; par J. J. Cazenave, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

Urétrite aiguë et bubon se terminant par résolution ; dysurie ; rétrécissement spasmodique de l'urètre pris pour organique et fort inutilement cautérisé à Paris ; syphilis plus récente guérie en trente cinq jours ; rétrécissement spasmodique franchi ; hypertrophie considérable de la prostate ; commencement de traitement interrompu par un incident, et non continué.

Obs. I. — M. X., âgé de 38 à 40 ans, d'un tempérament sanguin, bilieux, hémorrhoïdaire, de haute taille, brun, bien musclé, né à la Guadeloupe, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'en mars 1825, époque à laquelle, étant venu en France, il contracta une urétrite aiguë, accompagnée bientôt après d'un bubon du côté gauche qui se termina par résolution. De retour à la Guadeloupe, et parfaitement guéri de son urétrite, ce ne fut qu'en 1828 que le malade éprouva quelques difficultés pour uriner. Depuis cette époque, des revers de fortune, joints à un état valétudinaire, lui firent perdre son énergie physique et morale.

Il revint en France dans le mois de janvier 1831, pour aller se faire soigner à Paris, par l'un des médecins qui s'occupent spécialement du traitement des maladies des voies génito-urinaires, d'une difficulté d'uriner qui le fatiguait beaucoup depuis trois ans, et qu'il crut souvent être due à la présence d'un calcul dans la vessie. Le médecin de Paris explora l'urètre et cautérisa huit à dix fois, mais sans succès, un rétrécissement siégeant à 136 millim. du méat urinaire. Arrivé à Bordeaux en 1831, M. X. éprouva quelque soulagement et se borna à user des bains de siége, de lavements émollients, du régime, d'un exercice modéré et de quelques autres moyens assez insignifiants.

Vers la fin de mai de la même année (1831), le malade contracta une syphilis, pour le traitement de laquelle un de ses parents me l'adressa. Deux chancres siégeant sur le gland et sur le prépuce furent guéris en assez peu de temps.

Une bougie en gomme élastique, n° 6, introduite dans l'urètre, ne put pas aller au delà de 136 millim. Bains de siége émollients ; cataplasmes de farine de lin laudanisés, appliqués sur le périnée et autour de la verge.

Je fus très-surpris le lendemain, en voulant prendre l'empreinte du rétrécissement, d'arriver jusqu'au col de la vessie sans la moindre difficulté. Le malade me dit que pareil résultat n'avait jamais été obtenu, que son médecin de Paris avait constamment été

Digitized by Google

arrêté à 136 millim. du méat urinaire, et qu'il avait toujours cru devoir cautériser un obstacle évidemment réfractaire à la cautérisation. (Prescription des mêmes moyens.)

Le lendemain de ce succès inespéré, je fis uriner M. X. devant moi ; l'émission de l'urine eut lieu sans plus ni moins de difficulté que par le passé ; ce liquide, très-coloré, d'une odeur ammoniacale prononcée, tenant en suspension quelques mucosités filantes, tombait perpendiculairement et sans jet de la verge, par un courant filiforme fréquemment suspendu pendant trois ou quatre secondes. Je notai que le malade ne pouvait donner ni ces coups de piston répétés, à l'aide desquels on achève ordinairement de vider la vessie, ni accélérer l'écoulement de l'urine par la contraction de l'urètre, aidé, dans cet acte, par les muscles bulbo-caverneux, que plusieurs anatomistes ont nommés *accélérateurs de l'urine*.

Le cathétérisme du jour suivant, fait avec une sonde en argent de moyen calibre, fut encore incomplet, c'est-à-dire que je fus arrêté où je l'avais été la première fois, et où le chirurgien de Paris l'avait toujours été avant moi. Néanmoins mon demi-succès de la veille m'ayant un peu éclairé sur ce que je devais penser de l'existence d'un rétrécissement, je laissai reposer le malade un quart d'heure, fis chauffer la sonde; l'enduisis d'un peu d'extrait de belladone, et l'huilai convenablement. Ces précautions étant prises, je poussai de nouveau et sans aucune difficulté jusqu'au col de la vessie, où je trouvai de la résistance. Introduisant alors l'indicateur gauche dans le rectum, je découvris une tuméfaction considérable de la prostate, que je considérai comme étant le seul obstacle qui s'opposait à la libre émission des urines. M'étant assuré que j'étais dans une bonne direction pour arriver dans la vessie, j'y fis pénétrer la sonde après quelques efforts non douloureux pour le malade. La poche urinaire, dont j'avais constaté la proéminence et la dureté, s'élevait toujours depuis un an à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de la symphyse des pubis, ne revint que fort peu sur elle-même et conserva presque ses dimensions anormales, quoique je l'eusse vidée aussi complétement qu'on pouvait le faire.

Je prescrivis l'application de douze sangsues à l'anus, dans le double but de faire cesser une irritation hémorrhoïdaire qui s'ajoutait momentanément aux souffrances de M. X., et de me frayer la voie pour arriver facilement à placer quelques sangsues et à faire des frictions médicamenteuses sur la paroi antérieure du rectum, répondant à la tuméfaction de la prostate, en m'aidant, pour ces opérations, du *speculum ani* de M. Amussat. Les piqûres de ces douze annélides se transformèrent en de larges et douloureuses ulcérations, qui ne furent cicatrisées qu'au bout de deux mois.

Sur ces entrefaites, M. X. fut inopinément obligé de partir pour Philadelphie où des affaires urgentes l'appelaient, et où il succomba quelques mois après.

Un chirurgien distingué de Paris, dont le talent et l'habileté ne sauraient être mis en doute, constate jusqu'à dix fois l'existence d'un rétrécissement urétral, qu'il cautérise inutilement et qu'il n'a jamais pu franchir. Explorant l'urètre à mon tour, je suis deux fois arrêté à 136 millim. du méat urinaire, et tiens pour démontré qu'il y a, sur ce point du canal, un rétrécissement dont les cautérisations n'ont pas pu triompher, mais que je traverse le lendemain sans la moindre difficulté. Des explorations répétées ont le même résultat, et je ne trouve d'obstacle réel qu'au col de la vessie.

Voici, ce me semble, l'explication la plus raisonnable de ce fait, qui est plus commun dans la pratique qu'on ne saurait le croire, et dont je possède un autre exemple remarquable fort connu de M. le docteur Canihac, de Bordeaux, qui, ne pouvant pas se charger du traitement du malade, l'adressa à un confrère qui cautérisa l'urètre pendant deux mois, sans pouvoir pénétrer à plus de 54 millim. par delà le méat urinaire (1). Voici, disais-je, l'explication la plus raisonnable du fait : M. X., habitant ordinairement une région intertropicale où la chaleur est excessive, nerveux, souffrant, très-impressionnable, frileux comme le sont tous les colons, arrive à Paris au cœur de l'hiver avec de sinistres prévisions sur son état (il croit être calculeux), et se loge dans un hôtel garni où sa chambre est toujours froide, malgré le feu qu'on y entretient. C'est sous l'empire de ces influences atmosphériques, morales et maladives, qu'on explore l'urètre, et qu'on cautérise l'un de ses points sans résultat aucun. Evidemment dans ce cas le chirurgien de Paris s'est mépris sur la nature d'un rétrécissement qui était tout bonnement spasmodique ou dilatable, comme le disent les Anglais, et occasionné soit par le changement brusque du climat, soit par le froid humide de Paris, soit par l'état normal du malade, soit par la crainte, soit par les

(1) Le sieur Labat, maître de barque à Rious (arrondissement de Bordeaux), était porteur de plusieurs rétrécissements organiques fort anciens. Sa constitution nerveuse, les douleurs vives qu'il endurait depuis bien longtemps, sa pénible profession et quelques autres circonstances avaient fait que, à part les véritables rétrécissements, l'urètre était presque toujours dans un état de constriction spasmodique qui en avait imposé à notre confrère. Plus heureux que lui, j'ai pu guérir ce brave homme, et le faire voir à mes confrères de la Société médicale d'émulation, auxquels il raconta lui-même toutes les circonstances de son traitement qui date de douze ans.

Digitized by Google

souffrances, soit par les cautérisations qui avaient toujours été très-douloureuses, soit par la sensibilité anormale très-vive de la membrane muqueuse de l'urètre dont les fibres musculaires sous-jacentes se contractaient convulsivement, soit par l'introduction de sondes ou d'instruments à une basse température ou mal huilés, soit enfin par plusieurs de ces causes réunies. Or il est facile de comprendre, d'une part, comment le médecin traitant a pu se méprendre pendant tout le temps que M. X. est demeuré soumis à l'influence des mêmes causes durant son séjour à Paris, et comment j'ai pu, de l'autre, profitant, sans m'en douter alors, de la bienfaisante influence de la saison (juin et juillet), du climat (Bordeaux) et de quelqu'amélioration dans l'état moral du malade, ne rencontrer que deux fois le prétendu rétrécissement, et arriver sans aucune difficulté jusqu'au col de la vessie.

Du reste, M. X. n'en était pas encore arrivé à cette époque de la vie où la prostate se trouve souvent être hypertrophiée sans antécédents maladifs appréciables. Une ancienne urétrite, l'abus du coït, une irritation hémorrhoïdaire périodique, l'abus des excitants et l'influence d'un climat très-chaud étaient probablement les vraies causes de la tuméfaction prostatique et de ses conséquences. Mais il y avait plus chez ce malade : la vessie ne pouvant jamais se vider complétement, s'était dilatée peu à peu ; ses fibres musculaires avaient perdu une grande partie de leur ressort, de leur faculté contractile. De cette façon, le réservoir de l'urine ne pouvait revenir qu'incomplétement sur lui-même, restait distendu, et eût été tout à fait paralysé un peu plus tard, si M. X. ne se fût empressé de remédier à l'engorgement de la prostate, méconnu par le chirurgien de Paris, ou si, du moins, il n'eût pris le soin de toujours vider la vessie avec une sonde.

Plusieurs urétrites ; difficultés d'uriner datant de sept ou huit ans ; vingt cautérisations de l'urètre faites sans amélioration ; constriction spasmodique de ce canal ; symptômes d'un empoisonnement par l'opium ; consultation écrite par l'un des plus célèbres chirurgiens de Paris ; traitement inutile fait dans la salle des malades payants de l'Hôtel-Dieu de Bordeaux ; deux chancres sur le gland ; tuméfaction de la glande prostate : redressement de l'urètre et compression de cette glande ; amélioration très-sensible dans l'émission des urines ; douleurs rhumatismales ; gastrite chronique ; bon état des voies urinaires.

Obs. II. — M. E., de la Martinique, âgé de 36 ans, avait eu plusieurs urétrites, éprouvait des difficultés pour uriner depuis huit ans, et craignait d'avoir la pierre. Arrivé à Paris en août 1830, il alla consulter un des plus habiles chirurgiens de cette capitale, qui crut reconnaître un rétrécissement organique de l'urètre, siégeant à 150 millimètres du méat urinaire, quoique des sondes en gomme élastique d'un très-gros calibre et à courbure fixe pussent être portées jusque dans la vessie. Une vingtaine de cautérisations faites dans le mois de septembre et dans les premiers jours d'octobre de la même année, n'amendèrent en rien la difficulté d'uriner de M. E. Ces cautérisations étaient à tel point douloureuses que le malade fut bientôt pris d'une constriction spasmodique de l'urètre, qu'on voulut faire cesser en plaçant dans ce canal une bougie enduite probablement de cérat trop opiacé. M. E. éprouva presque tous les symptômes de l'empoisonnement par l'opium, et en fut fort dérangé pendant sept ou huit jours. Quoi qu'il en fût, ce malade n'urinait pas mieux qu'avant la cautérisation, souffrait davantage de l'urètre, éprouvait de fréquents spasmes de ce canal, était sans force, sans vigueur et tout à fait découragé, quand des affaires l'obligèrent de venir à Bordeaux, muni d'une consultation du célèbre chirurgien de Paris, que je copie textuellement : « L'absence complète de toute douleur, et la guérison radicale que désire M. E., disait ce très-habile confrère, devant être (maintenant que le canal a acquis son état de dilatation normale) le résultat d'une patience courageuse et persévérante, plutôt que la conséquence d'un traitement médicamenteux prolongé, je lui conseille de faire abstraction de tout traitement prétendu curatif, s'il veut arriver maintenant au but auquel il aspire ; il se contenterait, dans ce cas, d'introduire une ou deux fois, durant le voyage, une bougie recourbée, dont il fera usage seulement pendant une heure par jour, chaque soir en se couchant.

» A son arrivée, il prendra plusieurs bains, entre lesquels il mettra un intervalle de deux jours ; il continuera alors pendant huit jours consécutifs l'usage des bougies, dont il éloignera progressivement l'introduction, en les employant successivement après deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit, jours, en continuant dans cet ordre ascendant, jusqu'à ce qu'il ait atteint un mois d'intervalle.

» Je lui conseillerai en outre, comme mesure de précaution, de faire lui-même, chaque année, un petit traitement d'exploration, pour se prémunir contre les rétrécissements nouveaux qui pourraient se former.

» Enfin, j'ajouterai que, pendant un certain temps, M. E. sera dans la nécessité de suivre un régime doux et frugal, d'éviter conséquemment les excès de tout genre, et de mettre une extrême réserve dans l'acte vénérien.

» Tels sont les moyens propres à éviter la récidive de l'affection qui a fait l'objet de notre traitement. »

Paris le 16 novembre 1830.

Signé X...

Digitized by Google

M. E. étant très-souffrant et urinant avec beaucoup de difficulté, prit le parti d'entrer comme malade payant à l'Hôtel-Dieu St-André de Bordeaux, quelque temps après son arrivée dans cette ville. Le chirurgien en chef de cet hôpital, considérant la dysurie comme le résultat d'une inertie, comme une sorte de paralysie de la vessie, prescrivit quelques stimulants à l'intérieur et des injections toniques dans la poche urinaire, que le chirurgien chef interne de cette époque (1831) était chargé de faire avec une sonde métallique courbe. Les bains de siége, un régime convenable et un exercice modéré furent ajoutés à ces deux moyens, mais sans aucun bénéfice pour le malade, qui sortit de l'hôpital comme il y était entré, et qui demeura quatre ou cinq mois sans demander des conseils à qui que ce fût, considérant son infirmité comme étant au-dessus des ressources de l'art. Forcé de recourir à un médecin pour se faire traiter de deux chancres sur le gland, récemment contractés, il me fut adressé. Ce traitement m'ayant fourni l'occasion d'observer M. E. de très-près, voici ce que je notai :

L'urine coulait presque toujours goutte à goutte, et ce n'était que bien rarement que quelques jets saccadés et inégaux dépassaient de quelques pouces la pointe des pieds du malade. La constipation était opiniâtre; les efforts pour aller à la garderobe considérables et souvent sans effet; le cathétérisme, qui n'avait pas été renouvelé depuis la sortie du malade de l'hôpital, était devenu impossible avec une sonde métallique courbe : je ne pouvais pénétrer dans la vessie qu'avec un instrument en gomme élastique, sans mandrin. Ne trouvant ni rétrécissement organique, ni constriction spasmodique de l'urètre, ni inflammation chronique du col de la vessie, stimulant une cystite, je dus songer à une tuméfaction de la glande prostate, que l'introduction du doigt indicateur dans le rectum me fit reconnaître, quoiqu'on pût y arriver à peine, tant la portion moyenne hypertrophiée était haut placée.

Mais, en réfléchissant que cet engorgement de la prostate, jusque-là méconnu, datait de longtemps, et que cette glande avait acquis la dureté cartilagineuse ou squirrheuse, je craignais, avec juste raison, que les moyens ordinairement recommandés pour une période moins avancée de la maladie n'échouassent. Je conseillai néanmoins, dans une consultation écrite, que M. E. devait emporter, l'application d'un assez grand nombre de sangsues sur la paroi antérieure du rectum répondant à la prostate, des demi-bains, des demi-lavements, des cataplasmes émollients, des boissons gommeuses, la diète, des frictions mercurielles, des préparations d'iode, l'application d'un cautère à l'une des cuisses, et enfin l'usage des sondes en gomme élastique, sans mandrin, pour vider la vessie.

Monsieur E., devant faire un voyage, se contenta de faire appliquer quinze sangsues à l'anus, qui occasionnèrent comme chez le malade de l'observation précédente, de larges et de profondes ulcérations qui ne furent cicatrisées qu'après deux mois et demi de fortes douleurs.

Je perdis le malade de vue à cette époque, et le croyais depuis longtemps à la Martinique, lorsqu'il vint me demander de nouveaux conseils (mars 1834). Je lui proposai de recourir à un moyen imaginé par M. Leroy-d'Etiolles, qui m'avait déjà réussi sur d'autres malades, et qui consistait à la fois dans le redressement de l'urètre et dans la compression de la prostate hypertrophiée; il accepta. Je commençai dès le lendemain cette petite opération, qui dura vingt à vingt-cinq minutes; la continuai tous les deux jours avec un compresseur modifié, dont je me servis le 15 avril 1834, en présence de mes honorables confrères les docteurs Brulatour, Guérin et Fasilcau. Cette manœuvre réussit, et je parvins à faire uriner M. E. infiniment mieux qu'il n'avait pu le faire depuis sept ou huit ans.

Ce malade est maintenant tourmenté par des douleurs rhumatismales, par une gastrite chronique agissant sur le cerveau, et par d'incessants revers de fortune. M. le docteur Fasileau, ayant été appelé pendant une de mes absences pour voir M. E., a pu juger par lui-même du bon état des voies urinaires.

Je m'abstiendrai d'ajouter des réflexions aux faits que je viens d'exposer; le lecteur comprendra, je l'espère, les motifs de ma réserve.

GAZ. MÉDICALE. — Août 1840.

Note sur le danger des injections faites dans l'utérus. — Expériences curieuses pratiquées à l'hôpital de l'Oursine.

Une jeune fille de dix-neuf ans, bien constituée, à l'hôpital depuis plusieurs mois, était tourmentée d'un écoulement leucorrhéique intarissable; l'utérus en était le foyer exclusif. Tous les moyens habituels étaient épuisés; suivant alors l'avis de praticiens dont l'autorité est fort recommandable, je résolus de porter la médication topique jusque dans le foyer même, c'est-à-dire dans la cavité utérine. Une injection fut donc pratiquée à travers le col. La matière de cette injection était une décoction de feuilles de noyer, l'instrument qui la poussait un clyso-pompe. Au premier coup de piston, la malade jeta un cri aigu en portant vivement la main sur la région iliaque gauche. Remontée dans son lit, elle fut prise d'un violent frisson pendant plusieurs heures, suivi d'une réaction fébrile intense. La douleur

abdominale se prolongeait dans le bassin où sa nature se modifiait, elle était *expulsatrice*, il semblait à la malade qu'un corps étranger faisait effort pour sortir de la matrice. A ces caractères on ne pouvait méconnaître une métro-péritonite. Au moment de l'injection, quand la malade a jeté son cri de douleur, l'idée m'est venue que le liquide injecté avait passé par la trompe de Fallope dans le péritoine. Les accidents qui s'étaient déclarés étayaient cette conjecture. Toutefois, l'étroitesse de la trompe, son insertion oblique à l'utérus et sa migration dans l'épaisseur des parois avant qu'elle ne s'ouvre à son intérieur, étaient autant de conditions anatomiques qui semblaient la repousser. Des expériences directes sur le cadavre devenaient nécessaires, je résolus de les faire. J'ignorais que M. Bretonneau les avait déjà faites et qu'elles étaient décisives. C'est M. Trousseau qui m'en a communiqué les détails : Une dame, affectée comme ma malade d'un écoulement leucorrhéique opiniâtre, s'adressa à M. Bretonneau qui, ayant reconnu que cet écoulement provenait de l'utérus, se décida à y porter une injection. Les accidents que je viens de décrire se montrèrent absolument les mêmes, et la malade fut atteinte d'une péritonite. Cet habile praticien ayant également soupçonné le passage de l'injection par la trompe utérine fit de suite une expérience sur le cadavre de plusieurs femmes mortes à l'hôpital de Tours, et vit le liquide pénétrer avec la plus grande facilité dans le péritoine. Plus tard, chez une autre dame, qui habitait aux environs de Tours, M. le docteur Tonnelé, chirurgien très-expérimenté et très-instruit, fit aussi une injection irritante dans l'utérus, dans le but de guérir un catarrhe chronique de l'utérus ; l'injection pénétra dans le péritoine et la malade mourut.

» Quant à moi, je n'ai pas perdu ma malade; mais ce n'est qu'à grand'peine que je suis parvenu à conjurer la double phlegmasie provoquée par l'injection. Encore la guérison n'était-elle pas bien complète quand, au bout de quinze jours, cette jeune fille, dévorée d'ennui à l'hôpital, a demandé sa sortie avec instance. Il restait une douleur sourde dans la région iliaque, qu'augmentait la pression et qui attestait sans doute le travail d'organisation des adhérences du péritoine.

» Je dois dire aussi qu'une perte abondante s'est déclarée quarante-huit heures environ après l'injection de l'utérus, sorte de crise qui a jugé la métrite.

« Cette observation devait éveiller l'attention à l'hôpital de Loursine, et l'intention que j'avais émise d'expérimenter sur le cadavre, comme l'avait fait M. Bretonneau, a été réalisée par M. d'Astros, élève interne. Ces expériences, répétées devant moi, ont pleinement confirmé celles de M. Bretonneau. De plus l'une d'elles vient de décéler la possibilité d'un nouvel accident plus redoutable, sans contredit encore, que le passage de l'injection utérine dans le péritoine, c'est sa pénétration dans le système veineux hypogastrique.

» Voici d'abord ce que les recherches de M. d'Astros ont jusqu'à présent démontré relativement à la perméabilité des trompes de Fallope.

» Sur huit cadavres l'injection de l'utérus n'est point arrivée dans le péritoine ; sur le neuvième on l'a vue passer immédiatement. La trompe distendue, montrait son orifice béant et le liquide en jaillissait par un courant continu. Le cadavre était celui d'une femme de quarante-cinq ans, qui n'avait jamais eu d'enfants. J'ai constaté que l'utérus et toutes ses dépendances étaient dans l'intégrité la plus parfaite.

» Maintenant la pénétration du système veineux hypogastrique est un fait non moins positivement prouvé.

» Dans le service de M. Nélaton une femme est morte d'un érysipèle à la face. M. Nélaton poursuivant les recherches sur l'injection de l'utérus, a fait pratiquer cette injection par M. d'Astros. L'abdomen était ouvert, l'injection poussée n'a point pénétré dans le péritoine ; mais tout à coup M. Nélaton a aperçu une grosse veine parcourant le ligament large du côté gauche se gonfler par une suite de bulles d'air que chassait le liquide injecté. Ce liquide s'est ensuite engagé dans les veines voisines et les a successivement distendues.

» Cette expérience, reproduite devant moi, a été variée ensuite : c'est par la veine du ligament large que l'injection a été poussée cette fois, et nous avons vu le liquide couler par l'orifice du col, après avoir traversé l'utérus.

» L'examen de la veine qui livrait ainsi passage à l'injection a fait reconnaître qu'elle émergeait du voisinage de la trompe. C'est une de celles qu'a indiquées M. Breschet et dont il avait signalé l'ouverture directe et béante dans la cavité utérine, et dans le sinus de laquelle il a admis l'une des variétés possibles de la grossesse interstitielle.

» Il importe de noter que la femme, sujet de l'expérience, était accouchée il y a plus d'un an, et que depuis elle n'a jamais revu ses règles.

» Je pense qu'il est inutile de faire ressortir l'importance des inductions pratiques à tirer de ces diverses observations, et de proclamer bien haut comme il est urgent désormais de s'abstenir des injections de l'utérus qui peuvent ainsi tenir les femmes dans l'imminence d'une péritonite sur-aiguë et même d'une phlébite dont les funestes conséquences sont aisément pressenties.

JOURNAL DES CONN. MÉD.-CHIR. — Juillet 1840.

Digitized by Google

***Mémoire sur la blennorrhagie chez la femme, et ses diverses complications*; par le docteur DURAND-FARDEL.**

Malgré le grand nombre de travaux qui ont été publiés sur les maladies vénériennes, on sait qu'il est plusieurs points de leur histoire qui sont loin d'être éclaircis. Presque tous se rattachent soit à leur théorie, soit à leur historique, sur lesquels aujourd'hui règne encore la plus grande obscurité. Mais il est en outre quelques points de simple description qui sont demeurés fort incomplets, quelle que soit l'importance qui, en semblable matière, s'attache même aux détails.

Parmi eux, un des plus intéressants, sans doute, est l'histoire des symptômes vénériens primitifs chez la femme, quelle que soit leur nature, virulente ou non virulente. Tous les auteurs ont pris pour type, soit de la blennorrhagie, soit des autres symptômes vénériens primitifs, l'histoire de ces accidents chez l'homme, se contentant d'indiquer les principales différences qu'ils présentent chez la femme sans jamais offrir de tableau détaillé de cette maladie chez cette dernière. Il résulte de là que l'on ne saurait se faire, en lisant les auteurs, qu'une idée fort incomplète de l'aspect sous lequel les accidents vénériens primitifs se montrent dans ce sexe.

Astruc, Hunter, Swediaur..., malgré l'exactitude de leurs descriptions, ne disent que peu de chose du sujet qui va nous occuper. Les auteurs plus modernes, MM. Lagneau, Devergie, Desruelles, Ph. Boyer..., le laissent tous aussi incomplet. M. Ricord, en appliquant le spéculum à l'étude de la vérole chez la femme, a rendu un grand service, et a ouvert une voie nouvelle à cette etude. M. Gibert, dans son *Manuel sur les maladies syphilitiques*, me paraît celui qui a tracé le plus complétement le tableau des accidents vénériens aigus, chez la femme.

J'étudierai, dans ce travail, ces divers symptômes, sur lesquels j'ai recueilli, pendant mon séjour à l'hôpital de Lourcine, des notes nombreuses. C'est un travail purement descriptif, dans lequel j'éviterai tout ce qui touche à la nature d'une maladie sur laquelle tant de pages ont été écrites, sans qu'il en règne plus d'accord et plus de certitude sur son origine, sur sa nature, son traitement, et même sur les signes qui lui sont propres.

La différence de forme et de structure des organes génitaux, dans les deux sexes, doit nécessairement entraîner de notables différences entre les accidents dont ils sont essentiellement le siége.

Chez l'homme, le canal de l'urètre se trouve le siége exclusif de la blennorrhagie, et c'est autour de son orifice que se groupent toutes les altérations vénériennes primitives. L'étroitesse de ce canal, la nécessité de l'intégrité absolue du conduit qu'il forme, la difficulté de le soumettre à l'action directe des médicaments, donnent une certaine gravité aux maladies qui l'affectent.

Chez la femme, le canal de l'urètre n'est que très-secondairement affecté dans la blennorrhagie, et la part qu'il prend à la maladie est toujours sans importance. La conformation et la nature des fonctions du vagin, siége habituel de la blennorrhagie, empêchent que ses affections aient beaucoup de gravité. Mais le voisinage du col de l'utérus est une circonstance fâcheuse, et qui peut compliquer d'une façon toute spéciale la blennorrhagie chez la femme. Cette complication fréquente paraît survenir sous l'influence d'une prédisposition particulière, dont il est difficile de préciser les conditions; car, comme nous le verrons plus loin, on ne trouve pas de rapport bien déterminé entre son existence et celle de diverses autres altérations qui peuvent manquer ou coïncider avec elle. Notons encore la grande étendue de la muqueuse génitale chez la femme qui, suivant Swediaur et M. Ricord, la prédispose davantage aux accidents consécutifs, en fournissant une plus grande surface à l'absorption; la multiplicité des surfaces et des replis muqueux; et aussi le voisinage de l'anus qui se trouve primitivement affecté chez la femme d'une façon plus spéciale qu'on ne l'a encore indiqué.

Je traiterai successivement de la blennorrhagie et de ses diverses complications.

CHAPITRE Ier.

De la blennorrhagie. — L'écoulement, phénomène habituel (1) de la blennorrhagie, chez la femme, peut venir de plusieurs sources différentes, du canal de l'urètre, de la vulve, du vagin, de l'utérus lui-même, provenant d'une seule de ces parties, ou de toutes en même temps.

Je crois que le nom de blennorrhagie doit être donné à tout écoulement aigu des parties génitales de la femme, quel qu'en soit le point de départ spécial. En effet, tandis que, chez l'homme, le canal de l'urètre se trouve le siége particulier de la maladie dont nous nous occupons, nous voyons, chez la femme, chacun des points différents que tapisse la muqueuse génito-urinaire s'affecter indifféremment sous l'influence des mêmes causes, devenir le siége d'altérations semblables, guérir par un même traitement.

---

(1) Il y a toujours supersécrétion dans la blennorrhagie, mais quelquefois les fluides sécrétés ne s'*écoulent* pas au-dehors, comme dans certaines blennorrhagies limitées au fond du vagin, ou au museau de tanche.

Il y a, que l'on me permette cette comparaison, des blennorrhagies partielles et des blennorrhagies générales, comme il y a des péritonites partielles et des péritonites générales; ce n'est toujours qu'une même maladie dont les nuances diverses veulent être distinguées, sans constituer pour cela des maladies différentes; et certes, les variétés de siége modifient plus encore le caractère des péritonites que celui des blennorrhagies partielles. M. Ricord a exprimé la même opinion, en disant qu'il n'a pu, « dans la blennorrhagie chez la femme, reconnaître de rapports précis entre la nature spéciale et le siége particulier de la maladie, et que, quelle qu'ait été la cause de l'écoulement, la vulve, l'urètre, le vagin et l'utérus ont pu être isolément ou concurremment affectés (1). »

Astruc reconnaissait quatre espèces de blennorrhagie : « La première occupe la *prostate* qui, dans les femmes, embrasse l'urètre, et s'ouvre dans la vulve, sous le clitoris, de chaque côté de l'urètre; la seconde, les glandes de Cowper, situées dans le périnée, près de l'anus, lesquelles s'ouvrent près des caroncules myrtiformes; la troisième, les *glandes botryformes* répandues dans le vagin (vaginite); enfin la quatrième, les *cellules* répandues dans la face intérieure de l'urètre (urétrite) (2). »

Bosquillon admet aussi quatre espèces de blennorrhagie : 1° bornée à la partie inférieure du vagin; 2° ayant son siége dans les glandes muqueuses qui environnent l'orifice de l'urètre et dont les conduits excréteurs s'ouvrent dans le plan membraneux qui s'étend du clitoris à l'arc supérieur de l'orifice du vagin; 3° l'urètre lui-même; 4° les glandes nombreuses dont sont fournies les grandes et les petites lèvres (3).

M. Devergie a reproduit cette division; mais il est évident qu'elle est incomplète, puisqu'elle ne tient pas compte des parties plus profondément situées; et, en outre, il me paraît tout à fait inutile d'établir des distinctions sur les divers points de la vulve qui peuvent se trouver isolément affectés.

Nous allons étudier successivement l'urétrite, la vulvite, la vaginite et l'utérite, qui ne sont, encore une fois, que les formes diverses d'une même maladie, souvent combinées ensemble, mais que nous isolons, afin de mettre plus d'ordre dans une description nécessairement compliquée.

§ I. *Blennorrhagie urétrale* (*urétrite*). — Les opinions les plus diverses ont été émises et le sont encore aujourd'hui, sur la valeur et la fréquence de

(1) Ph. Ricord, de la blennorrhagie.
(2) Astruc, de morbis venereis.
(3) B. Bell.; mal. vénér., trad. de Bosquillon, 1802, t. I, p. 259.

l'urétrite dans la blennorrhagie chez la femme. On conçoit difficilement comment Swediaur a pu dire : « La gonorrhée chez la femme a cela de caractéristique que son siége n'est pas dans le canal de l'urètre, comme quelques auteurs, et B. Bell, dans son traité de la gonorrhée, l'ont avancé. Je n'ai jamais vu une seule femme dont l'urètre fût le siége de cette maladie (1). » Il dit plus loin que l'orifice seulement du canal est enflammé quelquefois avec la muqueuse voisine du vagin (page 192).

B. Bell avait dit, en effet, que, chez les femmes, l'écoulement vient du vagin et de l'urètre, et dans quelques cas est fourni en partie par ces deux endroits (2). Bosquillon a vu l'urétrite exister longtemps sans aucune affection du vagin... « Il n'est pas rare de voir cette espèce de gonorrhée engendrer l'inflammation du vagin (3). » Astruc n'était pas certain que la gonorrhée urétrale pût exister seule et indépendamment des autres (4). « La blennorrhagie chez la femme, dit M. Lagneau, est caractérisée par un écoulement... exclusivement fourni, dans le plus grand nombre des cas, par la membrane qui tapisse le vagin et son orifice. Quelquefois pourtant la matière vient aussi de l'intérieur de ce canal.... (5). » Suivant M. Cullerier, le plus souvent la blennorrhagie n'a son siége que dans le vagin, et le pus qui semble venir de l'urètre, n'a été déposé qu'à sa surface (6).

M. Gibert, au contraire, ne veut donner spécialement le nom de blennorrhagie, chez la femme comme chez l'homme, qu'aux écoulements *primitifs*, ordinairement aigus, qui ont leur siége dans le canal de l'urètre (7). Il cite à l'appui de son opinion le passage suivant de M. Ph. Boyer, bien que ce dernier ne donnât le nom de blennorrhagie qu'à la vaginite. « Le vagin, dit M. Ph. Boyer, est le seul des organes génitaux de la femme qui soit affecté dans les inflammations syphilitiques primitives : l'urètre qui, chez elle, ne fait pas partie essentielle de la génération, comme chez l'homme, participe à cette inflammation dans tous les cas, de sorte que, pour être plus exact, on devrait nommer cette inflammation *urétro-vaginite*. Cependant, comme c'est dans le vagin que se passent les principaux phénomènes, à cause de sa grande surface, et que l'inflammation de l'urètre ne s'observe que dans les premiers moments, j'ai préféré le nom de *vaginite* (8). » Ce pas-

(1) Swediaur; traité des malad. vénér., t. I, p. 127.
(2) B. Bell., loco cit., t. I, p. 253.
(3) Trad. citée, t. I, p. 264-65.
(4) Loco cit. t. III, p. 8.
(5) Dict. de méd., 2e édit., t. V, p. 371.
(6) Dict. de méd. et de chir. prat., t. IV, p. 149.
(7) Gibert, manuel des maladies vénér., p. 283, 1836.
(8) Ph. Boyer, traité prat. de la syphilis, p. 56.

Digitized by Google

sage renferme plusieurs erreurs, ainsi : la coexistence constante de l'urétrite et de la vaginite, et cette assertion que le vagin est le seul des organes génitaux chez la femme qui soit affecté dans les inflammations syphilitiques primitives.

M. Ricord dit qu'il a été étonné de la fréquence des blennorrhagies urétrales, et que l'urétrite existe huit fois sur douze, quand la blennorrhagie a été le résultat d'un coït impur. M. E. Delmas déclare ne pouvoir porter la proportion des urétrites qu'à cinq sur douze (1). Mais on conçoit combien ces chiffres doivent être infidèles, lorsque l'on songe à la difficulté, dans la plupart des cas, de connaître soit la cause, soit la date précise d'une blennorrhagie ; à la possibilité d'être induit en erreur, quand on n'examine une femme qu'en passant, soit qu'une émission récente d'urine ait fait disparaître momentanément toute trace d'écoulement urétral, comme le savent très-bien les filles publiques, soit que, dans une *vulvite* étendue, le méat urinaire participe seulement à l'inflammation générale, sans que celle-ci ait pénétré dans l'intérieur du canal. Aussi ces chiffres ne nous donnent-ils tout au plus qu'une idée approximative de la fréquence proportionnelle de l'urétrite (2).

Je n'ai jamais rencontré d'urétrite sans écoulement vulvaire ou vaginal, tandis que j'ai observé fort souvent ces derniers sans urétrite. L'observation des autres me paraît sur ce sujet d'accord avec la mienne, à bien peu de choses près.

M. Gibert a publié dans la *Revue médicale* (t. I, 1834), une observation de blennorrhagie urétrale ou *vraie*, c'est-à-dire indépendante de toute vaginite. Une dame, à la suite d'une cohabitation avec son mari atteint d'une blennorrhagie vénérienne en voie de guérison, sentit de la cuisson en urinant, et trouva son linge marqué de taches nombreuses, isolées, arrondies, peu étendues, verdâtres, bien différentes de ces taches étalées et blanchâtres que produisait une simple leucorrhée ; un peu de sang avait même coulé à plusieurs reprises, mais la malade avait fort bien reconnu qu'il ne venait pas des voies ordinaires. L'orifice de l'urètre était enflammé, tuméfié ; il laissait sourdre une matière purulente dont on augmentait beaucoup la quantité en pressant par le vagin sur la face inférieure de l'urètre. Le vagin, au contraire, et les grandes lèvres n'offraient ni rougeur, ni tuméfaction, ni écoulement et n'avaient que l'humidité qui leur est naturelle. Le même auteur a observé, dit-il, deux autres femmes atteintes de blennorrhagie urétrale *primitive*, datant chez l'une d'une quinzaine de jours, chez l'autre d'une dizaine de jours seulement ; mais il convient que ces cas sont très-rares (1). M. Ricord, en 1833, paraissait n'avoir rencontré que deux fois des urétrites sans vaginite (2). M. Cullérier dit avoir vu un cas où l'urètre seul fournissait le pus, le vagin étant dans la plus parfaite intégrité (3).

Ce n'est donc que dans des circonstances que l'on peut dire exceptionnelles, que l'urétrite a été observée primitive et indépendante de toute affection des parties voisines ; tandis que, comme nous le verrons plus tard, ces dernières se trouvent souvent affectées à tous les degrés possibles et sous l'influence de toutes sortes de causes, sans s'accompagner d'urétrite.

On reconnaît l'urétrite à la rougeur, à la tuméfaction du méat urinaire, et à une gouttelette blanche que l'on voit sortir de l'orifice de l'urètre, surtout lorsque l'on presse d'arrière en avant la paroi inférieure de ce canal, au moyen du doigt indicateur introduit dans le vagin.

Quelquefois la malade éprouve en urinant une sensation douloureuse le long du canal de l'urètre ; mais celle-ci manque fort souvent. La douleur dont se plaignent les femmes affectées de blennorrhagie, lors de l'émission de l'urine, tient la plupart du temps à l'écoulement de ce liquide sur la muqueuse de la vulve excoriée ou simplement phlogosée. C'est

(1) Gaz. méd., 1838, p. 292.

(2) Si l'on ajoute à cela la difficulté d'obtenir des renseignements un peu précis de la plupart des femmes qui font le sujet de nos observations, à cause de leur insouciance ou de leur défaut d'intelligence, ou surtout de leur disposition à *altérer la vérité*, la difficulté de s'assurer, chez cette sorte de malades, des effets directs des traitements prescrits ; les diverses modifications qu'ont pu éprouver les altérations locales avant l'époque à laquelle elles sont soumises à l'inspection, changements sur lesquels les malades ne peuvent fournir aucune donnée, — on conviendra qu'il est impossible d'employer dans cette étude la méthode numérique, bien qu'au premier abord elle y semble tout particulièrement applicable, et on me permettra d'avancer qu'un travail basé sur une semblable méthode serait nécessairement entaché de doute et d'erreur.

Cependant une observation scrupuleuse peut fournir des résultats qui ne manquent pas de certitude, bien qu'ils ne puissent être formulés en chiffres, car on aurait tort de croire qu'on ne puisse, en médecine, tirer d'inductions des faits observés qu'à l'aide du calcul : il faut seulement, là où il refuse son appui, redoubler d'attention et de réserve dans ses conclusions. J'insiste sur ce point afin de justifier, en quelque sorte, auprès de certaines personnes, la manière dont ce travail a été conçu, et afin de faire connaître la façon dont l'étude, à laquelle je me suis livré, me paraît devoir être envisagée sous le point de vue de la méthode numérique.

(1) Manuel cité, p. 284.

(2) Gaz. méd., 1833.

(3) Loco cit., p. 253.

cette absence de douleurs urétrales qui en avait imposé à Swediaur, et lui avait fait nier l'existence de l'urétrite chez les femmes atteintes de blennorrhagie. L'introduction d'une sonde dans le canal de l'urètre enflammé est fort douloureuse (Boivin et Dugès). Suivant B. Bell, quand l'urètre est le siége de la maladie, l'ardeur d'urine est souvent plus grande que chez les hommes, et gagne plus facilement la vessie, sans doute parce que le canal est plus court (1). M. Ricord a vu aussi l'inflammation passer du canal de l'urètre dans la vessie. Mais cette extension de la maladie me paraît se faire beaucoup plus rarement que le prétendent ces auteurs.

L'écoulement qui se fait par le canal de l'urètre enflammé se confond habituellement avec celui que fournit en même temps la muqueuse du vagin ou de la vulve. Dans les cas rares où il existe seul, on peut le reconnaître aisément aux taches arrondies, isolées, qui marquent le linge de la femme.

L'urétrite est essentiellement aiguë : on voit rarement le canal de l'urètre affecté dans les écoulements chroniques, dans les blennorrhées qui sont si fréquentes chez la femme. Cependant Bosquillon paraît avoir observé des blennorrhagies chroniques limitées au canal de l'urètre (2). La durée de l'urétrite est elle-même en général très-courte ; je ne l'ai jamais vue persister après la guérison des muqueuses voisines, et c'est habituellement l'écoulement urétral qui disparaît le premier.

L'urétrite ne me paraît avoir aucune importance spéciale dans la blennorrhagie chez la femme, si ce n'est en ce qu'on la regarde habituellement comme dénonçant le caractère virulent de la maladie. Généralement moins douloureuse par elle-même que l'inflammation étendue au reste de la vulve, ne gênant presque jamais d'une façon notable le cours de l'urine; ne laissant dans aucun cas dans le canal de l'urètre ces traces de son passage qui, chez l'homme, viennent si souvent réveiller le souvenir d'anciennes blennorrhagies ; cédant elle-même, et toute la première, au traitement auquel on soumet l'inflammation plus importante de la vulve et du vagin qui l'accompagne presque toujours, je crois qu'on ne doit la regarder, dans l'immense majorité des cas, que comme un simple épiphénomène, qui annonce seulement une maladie plus étendue, d'un caractère plus fâcheux peut-être, mais qui ne l'aggrave jamais en rien par lui-même.

Pour les cas où l'urétrite existe seule, et dont nous avons montré la rareté, toujours plus légère et plus bénigne que chez l'homme, suivant M. Gibert, elle cède plus facilement encore à l'emploi du copahu, qui, dans les blennorrhagies urétro-vaginales, *la* fait toujours disparaître la première (1).

Sur quoi donc peut-on se fonder pour assigner à l'urétrite seule le nom de blennorrhagie, et lui attribuer ainsi une importance toute spéciale, et qu'elle n'a point? C'est, suivant nous, sur un rapprochement qu'on a voulu établir, mais sans beaucoup de justesse, entre le canal de l'urètre de l'homme et celui de la femme. La différence de conformation et d'usages dément l'importance que l'on attache à ce rapprochement. Le vagin peut, sous le point de vue qui nous occupe, être beaucoup plus justement rapproché du canal de l'urètre de l'homme avec lequel il est en rapport direct dans l'acte du coït, cause déterminante de la plupart des blennorrhagies; avec lequel on le voit affecté d'écoulements aigus, chroniques, tout à fait semblables pour les marches diverses qu'ils affectent ; *de chancres*, dont on ne saurait nier l'existence à l'entrée du canal de l'urètre de l'homme, quand même on n'admettrait pas, avec M. Ricord, leur développement fréquent dans l'intérieur de ce canal. Les seules différences qui existent dans la manière dont ces deux conduits sont affectés tiennent nécessairement à la différence de leur structure. On ne saurait appuyer l'opinion que je combats sur ce que l'urétrite chez la femme annonce habituellement que la maladie a un caractère virulent, car l'urétrite peut exister sans qu'il y ait pour cela vérole, et, d'une autre part, des symptômes évidemment virulents se montrent souvent avec des blennorrhagies non urétrales. Arguera-t-on encore de l'action plus spéciale que le copahu, d'après MM. Gibert et Ricord, exercerait sur le canal de l'urètre de la femme? Mais on ne saurait attacher une grande importance à ce fait, lorsque nous avons vu que l'urétrite a toujours une grande tendance à disparaître plus promptement que la vaginite ou l'utéro-vaginite qui l'accompagne ordinairement.

§ II. *Blennorrhagie vulvaire* (*vulvite*). — La blennorrhagie vulvaire, ou vulvite, que M. Gibert appelle *fausse blennorrhagie*, la comparant à la balanite de l'homme (comme avait fait Hunter pour la vaginite), mérite une étude particulière ; car souvent l'inflammation de la vulve se montre primitive, indépendante de toute affection du vagin ou de l'urètre, seule ou accompagnée des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie, telles que tubercules plats, fissures à l'anus, etc. ; car l'inflammation de la vulve donne à la blennorrhagie une physionomie particulière, et qui permet de reconnaître sa présence avant de l'avoir constatée *de visu* ; c'est

(1) Loco cit., p. 97.
(2) Loco cit., p. 164.

(1) Manuel cité, p. 287.

Digitized by Google

à elle que l'on doit rapporter la blennorrhagie des jeunes enfants qui, quelquefois lorsqu'elle s'est développée spontanément, presque toujours quand elle est le résultat d'une violence extérieure, demeure bornée à la vulve.

L'inflammation de la vulve s'annonce par la rougeur vive de la muqueuse, et par le gonflement des grandes et des petites lèvres, quelquefois assez considérable pour que l'on ait beaucoup de peine à mettre à découvert l'orifice du vagin qui paraît d'un rouge très-vif, comme saignant; alors le moindre attouchement devient excessivement douloureux, l'émission de l'urine détermine les cuissons les plus vives, la marche est fort pénible, les malades sont obligées de se tenir pliées en deux, la chaleur du lit est insupportable, la fièvre s'allume, il survient une soif ardente, de l'insomnie.

L'inflammation de la vulve est, de toutes les formes de la blennorrhagie, celle qui est de beaucoup la plus douloureuse; aussi toutes les fois que l'on voit une femme se plaindre de douleurs vives aux parties, redouter le passage de l'urine, marcher avec difficulté, et qu'en même temps elle accuse un écoulement, on peut être certain que la blennorrhagie a son siége à la vulve (1).

Lorsque l'on examine la vulve, on la trouve baignée d'un fluide un peu visqueux, trouble, puriforme, d'une odeur forte et tout à fait caractéristique (2); il se dessèche sous forme de petites croûtes jaunâtres autour des poils du pubis et des grandes lèvres; quelquefois il est tellement abondant qu'il voile en quelque sorte toute la surface de la vulve; souvent très-âcre, quand l'inflammation est intense, il enflamme, il excorie la surface des grandes lèvres, du périnée, du pourtour de l'anus, de la partie interne et supérieure des cuisses, qui bientôt, comme l'a très-bien remarqué M. Ricord, fournit elle-même une sécrétion abondante et puriforme. Cela s'observe surtout quand il y a complication de tubercules plats primitifs, complication qui elle-même s'accompagne presque toujours de vulvite.

Lorsque l'inflammation de la vulve est intense, de simplement érythémateuse elle devient souvent plus profonde, œdémateuse ou phlegmoneuse. Dans le premier cas, les grandes lèvres sont quelquefois considérablement tuméfiées, et les petites lèvres peuvent subir une sorte d'étranglement que l'on a comparé au phymosis. Il peut aussi se former du pus dans l'épaisseur des petites ou des grandes lèvres. On sait que la facilité avec laquelle se forme une fistule, difficile à guérir, rend toujours fâcheux les abcès de cette région. M. Ricord a vu un abcès se former sur le clitoris, et détruire une partie du prépuce.

Avec l'inflammation de la vulve existe le plus souvent un certain degré de vaginite, surtout de la partie inférieure du vagin; souvent aussi une inflammation ou au moins un écoulement du col utérin. On peut fréquemment distinguer, parmi l'exsudation opaque et jaunâtre que fournit la muqueuse de la vulve, des stries filantes et transparentes, presque semblables à de l'albumine, et qui viennent du col de l'utérus.

La vulvite s'accompagne à peu près constamment de l'inflammation du méat urinaire; mais il ne faudrait pas conclure qu'il y a une urétrite, de ce que l'on trouve l'orifice du canal de l'urètre rouge et sécrétant un mucus opaque, l'inflammation pouvant fort bien, dans ce cas, ne pas pénétrer dans l'intérieur de ce conduit. Le tubercule qui est à l'entrée du canal de l'urètre se trouve souvent le siége d'une inflammation persistante, et qu'entretient le passage continuel de l'urine.

La vulvite peut aussi exister, sans urétrite et sans vaginite; c'est un fait que j'ai constaté plusieurs fois. Il se rencontre, du reste, généralement dans les cas où les approches de l'homme étant restées incomplètes, la membrane hymen n'est pas détruite. Il entra à Lourcine, au mois de mars 1837, une jeune fille de dix-huit ans, portant une blennorrhagie vulvaire intense, avec douleurs vives, exsudation puriforme abondante, survenue quelques jours après le coït. Nous fûmes fort étonnés, lorsque nous voulûmes l'examiner au spéculum, de trouver la vulve presque oblitérée par une membrane hymen parfaitement intacte. Il n'y avait pas d'autres signes d'infection. Gavard, cité par M. Devergie, rapporte aussi l'histoire d'une fille de treize ans, qui gagna la maladie dans un lieu public, tout en conservant les traces de sa virginité (Devergie, *Méd. lég.* t. 1. p. 345). Il ne faudrait pas croire cependant que l'intégrité de l'hymen préservât nécessairement le vagin et le col de l'utérus de toute atteinte : on sait qu'elle ne s'oppose qu'incomplétement au passage du sperme dans le vagin, et que des femmes ont pu être fécondées sans perdre les signes de leur virginité.

L'inflammation de la vulve ne se montre pas toujours sous la forme grave que j'ai décrite. Elle peut présenter une foule de nuances, depuis une simple

---

(1) Hunter dit avoir souvent examiné les parties génitales chez des femmes qui avouaient tous les symptômes de la maladie, tels que l'augmentation de l'écoulement, la douleur en urinant, la cuisson quand elles marchaient ou qu'on les touchait, et n'avoir pu trouver aucune différence entre ces parties et les mêmes parties à l'état sain. Il n'y a d'autre moyen de diagnostic dans ces cas que le témoignage d'un homme digne de confiance, et pour qui le contact de semblables femmes aurait été contagieux. (Hunter, œuvres complètes, trad. de M. Richeler, 6e livraison, p. 231.)

(2) Il m'est arrivé une fois, privé de toute autre notion, de reconnaître à l'odeur, une blennorrhagie chez une femme qui, quelques jours après, communiqua une chaude-pisse à un jeune homme.

Digitized by Google

exsudation muqueuse, sans rougeur à peine et sans augmentation de la sensibilité, jusqu'au boursouflement de tous les replis qui forment la vulve, avec teinte sanglante, excessive sensibilité de l'entrée du vagin, et sécrétion puriforme. On observe parfois, dans ce dernier cas, des érosions superficielles de la muqueuse, mais qui se rencontrent le plus souvent quand l'inflammation de la vulve est le résultat d'une cause extérieure.

La blennorrhagie des jeunes enfants, presque toujours vulvaire, comme je l'ai dit, présente un intérêt tout particulier à cause de l'importance de son étude en médecine légale. Sans vouloir entrer ici dans des détails qui appartiennent à cette dernière science, je crois devoir m'y arrêter quelques instants.

La blennorrhagie, chez les petites filles, peut survenir spontanément, par suite d'un vice dans la constitution, ou bien résulter de l'action d'un corps extérieur, et ainsi reconnaître pour cause l'onanisme, des attouchements coupables, des tentatives de viol! Il serait d'une grande importance de savoir distinguer ces différents cas, puisque chaque jour le médecin légiste est appelé à prononcer sur la cause spéciale d'écoulements dont sont affectés de jeunes enfants. Nous laisserons de côté les cas où des traces évidentes de violences extérieures se montrent autour des parties génitales, comme ecchymoses, contusions, déchirures de l'hymen, etc., cas qui portent avec eux un caractère d'évidence qui facilite singulièrement le jugement que l'on est appelé à porter. Faisons remarquer toutefois que ces signes se rencontrent fort rarement chez les très-jeunes enfants qui, en général, ne peuvent opposer que peu de résistance aux tentatives dont ils sont victimes, et chez lesquels l'extrême disproportion des parties ne permet pas en général que l'hymen soit altéré.

Les cas où l'on trouve autour des parties génitales d'un enfant des symptômes syphilitiques primitifs, tels que chancres, tubercules plats ulcérés, sont encore d'un diagnostic assez facile pour qu'il soit inutile de m'y arrêter.

Mais lorsqu'un enfant présente simplement les signes d'une vulvite, accompagnée ou non de vaginite ou d'urétrite, le cas devient embarrassant, et il est généralement difficile de se prononcer d'une manière absolue. Je vais d'abord décrire l'état dans lequel se présentent habituellement les parties génitales d'un enfant qui a été soumis à des violences coupables, et je chercherai s'il n'est pas possible, en comparant ces cas à ceux où l'on est certain de la cause constitutionnelle de la maladie, de trouver des signes qui puissent servir à les différencier.

La muqueuse de la vulve est d'un rouge vif, souvent érodée superficiellement, ainsi que l'hymen, dont la forme est rarement altérée chez les très-jeunes enfants; les petites lèvres sont gonflées, dures, dans une sorte d'éréthisme; quelquefois le gonflement est assez considérable pour empêcher de mettre l'hymen à découvert. L'enfant éprouve du prurit, une cuisson vive quand l'urine vient à couler sur la muqueuse enflammée. Toutes ces parties sont très-sensibles au toucher, et les enfants que l'on examine font en général beaucoup d'efforts pour s'y soustraire. Il se fait un écoulement abondant, verdâtre, d'une odeur nauséeuse, qui se rassemble autour et au-dessus du méat urinaire, et surtout du clitoris, dans l'écartement supérieur des grandes lèvres (Devergie, *Méd. lég.*).

Tel est l'état dans lequel se présentent ordinairement les parties des jeunes enfants affectés de blennorrhagie simple, par suite de l'action directe des corps extérieurs. Malheureusement la blennorrhagie, développée sous l'influence de causes toutes différentes, revêt un aspect à peu près semblable, qu'elle tienne ou non à un état général, scrofuleux ou syphilitique, qu'elle résulte de l'habitude de l'onanisme, ou qu'elle survienne accidentellement, comme tant d'autres affections catarrhales, sans cause déterminante appréciable. Le fait suivant, emprunté par M. Orfila (1) à M. Capuron, nous en fournit un exemple.

» Une jeune fille de quatre ans, atteinte d'un catarrhe pulmonaire, avec fièvre, rendait par la vulve une mucosité blanchâtre fort âcre; les grandes lèvres et le mont de Vénus étaient rouges, tuméfiés et douloureux; on voyait en outre quelques ulcères assez profonds, fournissant une matière purulente, semblable aux mucosités dont il a déjà été fait mention. Les parents alarmés, jugeant que l'affection des parties génitales était vénérienne, crurent que l'enfant avait été violé. Les remèdes audoucissants amenèrent assez promptement la guérison pour qu'il fût aisé de se convaincre que l'écoulement et l'ulcération des parties sexuelles dépendaient de l'affection catarrhale qui régnait alors à Paris. » Cette conclusion, du reste, me paraît fort peu rigoureuse, car une vulvite dépendant d'une tentative de viol eût pu se dissiper aussi facilement sous l'influence de simples adoucissants (2). Quoi qu'il en soit, les cas de ce genre sont rares, et la blennorrhagie que l'on pourrait confondre avec celle dont nous faisons l'histoire existe presque toujours à l'état chronique.

---

(1) Leçons de médecine légale, t. I, p. 109.

(2) Je trouve dans l'ouvrage de M. Devergie sur les maladies vénériennes, p. 100, une observation qui justifie le reproche que je fais aux conclusions de M. Capuron. C'est celle d'un enfant de deux ans qui, à la suite de tentatives de viol par un individu infecté, eut un écoulement vulvo-vaginal, avec tuméfaction des grandes lèvres, pustules au périnée, et qui guérit promptement par des moyens simples.

Digitized by Google

Les auteurs des traités de médecine légale se sont en général contentés d'indiquer cette difficulté, sans insister sur les moyens d'éclairer un diagnostic aussi important. Sans avoir la prétention de combler cette lacune, je vais exposer quelques signes auxquels j'attache une certaine importance pour distinguer la blennorrhagie résultant d'une violence extérieure, de celle qui dépend d'une cause constitutionnelle, d'habitudes vicieuses, etc.....

Ces signes sont : A. La circonscription de la maladie à la vulve et au méat ou au canal urinaire ;

B. La rougeur vive de la muqueuse, et l'état d'éréthisme des petites lèvres ;

C. La facilité avec laquelle la maladie disparaît sous la seule influence d'un régime approprié ;

D. La date récente de la maladie.

A. La blennorrhagie que l'on peut appeler traumatique est ordinairement limitée à la vulve. Au contraire celle qui résulte d'une cause constitutionnelle a presque constamment, peut-être même toujours, son siége dans le vagin, tout en s'étendant quelquefois en même temps à la vulve. Les écoulements qui reconnaissent pour cause l'onanisme peuvent avoir le même siége que les précédents, la cause qui les détermine ayant beaucoup d'analogie. Mais, outre les différences que nous allons indiquer plus loin, il faut noter la tendance qu'a l'inflammation, lorsqu'elle persiste, à remonter dans le vagin, et la blennorrhagie qui résulte de l'onanisme, étant presque toujours chronique, ne demeure généralement vulvaire qu'à son début.

B. Les espèces de blennorrhagie que l'on pourrait confondre avec celle que nous étudions étant presque toujours chroniques, la rougeur de la muqueuse est en général beaucoup moins vive que dans cette dernière. Ce signe n'est pas sans doute bien rigoureux. Cependant sa forme aiguë et le genre de la cause qui la détermine lui donnent un aspect particulier qui éveille le plus souvent les soupçons à la première inspection.

C. En général, quand un enfant de bonne constitution est affecté d'une blennorrhagie traumatique récente, il suffit de quelques soins pour faire disparaître en peu de temps le mal dont il est atteint. On n'ignore pas, au contraire, avec quelle difficulté on vient à bout de ces écoulements chroniques qui ont leur cause dans la constitution. Il en est de même de ceux qui tiennent à l'onanisme. Quel succès peut-on attendre des moyens thérapeutiques que l'on emploie, lorsque la cause de la maladie ne cesse d'agir et de l'entretenir. On sait quel degré de confiance on peut avoir dans la surveillance la plus active, dans les leçons les plus sévères, lorsque de malheureux enfants ont poussé assez loin cette funeste habitude pour que leur santé s'en ressente. J'ai vu amputer le clitoris à une petite fille de neuf ans qui portait à l'excès l'habitude de la masturbation. L'opération fut très-douloureuse ; il fallut appliquer le fer rougi à blanc pour arrêter l'hémorrhagie. Eh bien, la plaie était à peine cicatrisée que l'enfant avait repris ses manœuvres habituelles, et l'on fut ainsi trompé dans l'effet moral et physique que l'on avait compté produire (1). Ainsi, quand on verra une blennorrhagie intense, chez un enfant, céder en peu de jours à de simples soins de régime et de propreté, on pourra être à peu près certain qu'elle ne tient ni à un vice général ni à l'habitude de l'onanisme.

D. Enfin la date connue du début d'une blennorrhagie chez un enfant pourra, rapprochée d'autres circonstances, mettre sur la voie de sa cause spéciale.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que les signes généraux ou locaux qui peuvent indiquer l'origine des diverses espèces de blennorrhagies que j'ai énumérées, autres que ceux dont j'ai parlé, peuvent avoir beaucoup de valeur par leur absence ou leur présence. Ce serait entrer dans des détails bien connus, et dont ce n'est point ici la place.

En résumé, sans attacher plus d'importance qu'il ne faut aux propositions que j'ai émises, je crois que, lorsque l'on trouvera réunis tous les signes que j'ai indiqués, il y aura de grandes probabilités que la blennorrhagie résulte de violences extérieures.

§ III. *Blennorrhagie vaginale* (*vaginite*).—L'inflammation du vagin est une des formes les plus communes de la blennorrhagie chez la femme. On peut, à cause de sa fréquence, de sa marche, de son degré d'importance, la rapprocher beaucoup plus justement que l'urétrite de la blennorrhagie de l'homme. Je ne crois pas qu'il soit fort exact de dire, avec M. Ricord (2), que le vagin n'est pas aussi disposé à l'inflammation que le canal de l'urètre chez la femme, parce qu'il est moins sensible.

La vaginite peut occuper la totalité ou seulement une partie de la muqueuse du vagin. Dans ce dernier cas, elle est souvent circonscrite à la partie la plus rapprochée de l'orifice de ce conduit, surtout lorsqu'il y a vulvite. Mais quelquefois, et cela est important à savoir, elle a son siége seulement dans la partie la plus profonde du vagin, celle qui en-

(1) On trouve dans la *Gazette médicale* du 25 novembre 1837, une observation de guérison d'onanisme, par M. Riberi, chez une femme de trente ans, au moyen de l'excision du clitoris et des petites lèvres. Le chirurgien eut le soin de tenir la plaie ouverte pendant deux mois.

(2) Ricord, Traité pratique des maladies vénériennes, p. 27. Dans une publication récente, cet auteur établit au contraire que la vaginite est plus fréquente que l'urétrite. (Œuvres complètes de Hunter.)

Digitized by Google

toure le col de l'utérus, que celui-ci participe ou non à l'inflammation. On ne saurait donc affirmer qu'il n'y a pas vaginite, parce que l'entrée de ce canal ne présente pas de traces d'inflammation; et lorsque des circonstances spéciales ne permettent pas d'avoir de certitude sur l'existence ou la nature d'un écoulement, le spéculum est aussi nécessaire pour bien connaître l'état de la muqueuse du vagin que pour s'assurer de celui du col utérin. C'est sans doute dans des cas de ce genre que Hunter a vu des femmes communiquer la maladie à des hommes, bien qu'elles ne présentassent aucun des symptômes de l'inflammation, et qu'elles n'offrissent aucune trace de syphilis, sous quelque forme que ce fût (1).

M. Ricord dit avoir remarqué que, dans la blennorrhagie vaginale chronique, la partie postérieure du vagin était plus malade que l'antérieure, tandis que le contraire existerait dans la vaginite aiguë.

La vaginite aiguë est spécialement caractérisée par la rougeur, la sensibilité de la muqueuse vaginale, et la sécrétion dont elle devient le siége. On peut, en l'absence des signes précédents, reconnaître, au moyen du toucher, la présence d'une chaleur vive et d'une tuméfaction qui, lorsque l'inflammation est intense, peuvent suffire pour en constater l'existence.

La rougeur, ordinairement uniforme, présente une foule de nuances, depuis une augmentation légère de la teinte naturelle au vagin, jusqu'à une coloration d'un rouge très-foncé. D'autres fois c'est une injection vive qui couvre la muqueuse d'une foule de stries rouges formées de vaisseaux engorgés, et qui semblent faire une légère saillie à sa surface; ou bien encore ce sont de petites taches rouges assez semblables à celles d'un purpura, dont la muqueuse se trouve parsemée. Quelquefois l'inflammation paraît avoir porté surtout sur les follicules muqueux, qui font alors saillie à la surface du vagin, sous forme de granulations, et peuvent même prendre l'apparence de véritables végétations. La muqueuse enflammée est quelquefois érodée superficiellement. M. Ricord a vu une fois sur la partie profonde du vagin, en même temps que sur le col de la matrice, une éruption d'herpès phlycténoïde parfaitement caractérisée. Il a souvent observé sur la muqueuse génito-urinaire des plaques plus ou moins étendues, ressemblant à des surfaces de vésicatoires en pleine suppuration; enfin de véritables chancres peuvent se montrer sur la muqueuse vaginale enflammée; les points sur lesquels ils se montrent le plus souvent sont ceux qui sont le plus rapprochés de la vulve.

L'augmentation de la sensibilité de la muqueuse du vagin est un signe fort inconstant. En effet, tantôt l'introduction du doigt seul est insupportable, tantôt les malades souffrent sans se plaindre celle d'un spéculum. Elle paraît souvent, mais non toujours, en rapport avec l'intensité de la rougeur. Le plus souvent, elle est due à l'existence d'une vulvite, et je crois que la vaginite sans inflammation de la vulve n'est en général presque point douloureuse.

Lorsque la vaginite est intense à son début, toute sécrétion est souvent abolie; chez quelques sujets même, la muqueuse reste longtemps d'une sécheresse remarquable, et qui peut rendre fort difficile, et en même temps douloureuse, l'introduction du spéculum. On sait que, chez certaines femmes, c'est un état généralement naturel, et je ne sais trop s'il faut le mettre sur le compte de la vaginite. Mais ordinairement il se fait au début une sécrétion d'une humeur visqueuse et transparente, qui ne tarde pas à devenir épaisse, opaque et puriforme; qui, d'abord incolore ou blanchâtre, prend une teinte verte ou jaunâtre. Chez quelques femmes chez lesquelles l'inflammation n'a pas une grande intensité, l'écoulement paraît tout à fait semblable aux fleurs blanches habituelles devenues seulement plus abondantes. Cet écoulement, lorsqu'il est récent et surtout lorsqu'il est puriforme, prend une odeur spéciale, fort désagréable, nauséeuse, et qui est caractéristique. Cette odeur, qui est surtout prononcée lorsqu'il y a complication de papules muqueuses, mais qui peut exister sans elles, je ne sais si elle indique une affection certainement virulente, essentiellement syphilitique; mais il est certain qu'elle suffit, sans autre signe, pour caractériser une blennorrhagie aiguë, et toujours contagieuse.

On sait que la contagion n'est pas un indice certain de la virulence, de la spécificité de la maladie. Quant aux signes propres à éclairer le diagnostic, sous ce dernier point de vue, ils sont aussi vagues chez la femme que chez l'homme, et la plupart des auteurs sont d'accord sur ce point, que, dans l'état actuel de la science, une blennorrhagie aiguë étant donnée, sans aucune complication, il est généralement impossible d'en distinguer le caractère spécial. Mais il me semble que, dans cette ignorance, il est permis de fixer surtout son attention sur l'état aigu ou chronique de l'écoulement, distinction éminemment pratique. Une urétrite est un accident assez fâcheux, chez l'homme, pour que la transmission de la blennorrhagie, indépendamment de ce qui peut la suivre ou l'accompagner, soit déjà une chose fort importante. Or, il est certain que toute blennorrhagie aiguë, quelle qu'en soit la cause, peut-être contagieuse. Si elle est simple, c'est-à-dire sans complication, peut-elle occasionner, par suite de cette

(1) Hunter, loco cit. p. 465.

Digitized by Google

contagion, des accidents consécutifs ou primitifs spécifiques, en un mot, la vérole? Les uns disent oui, les autres disent non. Quelle que soit la confiance que ces derniers paraissent avoir dans *cette loi*, je n'oserais m'y fier, et cependant il faut convenir que, dans le plus grand nombre des cas ils ont raison, et que si le chancre engendre volontiers le chancre, une blennorrhagie simple ne procure en général qu'une blennorrhagie simple. Quoi qu'il en soit, à la blennorrhagie aiguë, essentiellement contagieuse, on peut opposer la blennorrhagie chronique, d'autant moins contagieuse qu'elle est plus chronique, et que l'inflammation y prend une moindre part. Si cela est vrai, sous le point de vue de la transmission de la blennorrhagie prise en elle-même, il faut moins considérer sa nature ou sa cause intime que son état d'acuité ou de chronicité.

Dans la vaginite aiguë, la rougeur et la sensibilité de la muqueuse se dissipent ordinairement au bout de peu de temps. Il n'en est pas de même de l'écoulement qui a une grande tendance à passer à l'état chronique. Alors il reprend souvent les caractères qu'il avait à son début, et les malades se croient affectées de simples fleurs blanches. Quelquefois il conserve pendant longtemps l'aspect puriforme. L'état de grossesse est en général un obstacle à sa guérison. On a toujours remarqué que si la blennorrhagie, chez la femme, offrait moins de gravité que chez l'homme, il était d'un autre côté beaucoup plus difficile de l'empêcher de passer à l'état chronique. Cette différence dans la gravité de ces affections tient sans doute à la différence d'organisation; quant à la tendance spéciale que la blennorrhagie, chez la femme, présente à passer à l'état chronique, ne peut-on pas s'en rendre compte par la prédisposition des sujets de ce sexe à l'existence d'un flux dans cette région, de même que, chez les vieillards tous prédisposés à une supersécrétion chronique de la muqueuse des bronches, il est très-difficile de s'opposer au passage à l'état chronique de la bronchite la moins grave?

Il importe encore de savoir avec quelle facilité se reproduisent les écoulements vaginaux que l'on croit avoir le mieux taris. On voit souvent, chez des femmes sorties des hôpitaux, en apparence bien guéries, l'écoulement reparaître dès la première fois qu'elles se livrent au coït, et communiquer une blennorrhagie à celui qui croyait pouvoir compter sur une semblable garantie. Cette circonstance, jointe à la difficulté que l'on a en général à terminer le traitement des femmes de la basse classe, affectées de blennorrhagie, rend trop souvent illusoire le bienfait des hôpitaux de vénériens.

§ IV. *Blennorrhagie utérine* (*utérite du col*). — La blennorrhagie, lorsqu'elle atteint l'utérus, demeure ordinairement bornée au col de cet organe. Je n'ai pas rencontré un seul cas où j'eusse lieu de croire que l'inflammation, même intense, qui occupait le col de l'utérus, eût gagné le corps de cet organe. Aussi je pense que M. Mercier, dans un mémoire intéressant sur la péritonite, considérée comme cause de la stérilité chez les femmes, a exagéré l'influence de la blennorrhagie sur la production de la péritonite; les deux faits qu'il rapporte ne paraissent même pas très-concluants, car une péritonite peut très-bien se développer chez une femme affectée de blennorrhagie, sous l'influence d'une cause étrangère à cette dernière, et il faut noter que, dans le cas suivi d'autopsie, l'inflammation du vagin a été trouvée beaucoup moins vive autour du col utérin qu'à la partie inférieure de ce conduit.

L'inflammation simple du col de l'utérus, sans érosions granulées, se montre assez rarement indépendante de la vaginite. Il est, au contraire, très-fréquent, lorsque le fond du cul-de-sac vaginal est enflammé, de voir une partie ou la totalité du col de l'utérus participer à son inflammation.

Cette dernière s'annonce par la rougeur, la sécheresse, au début, du col de l'utérus, qui plus tard se couvre d'un rideau leucorrhéique, opaque, très-visqueux, et que l'on a beaucoup de peine à en détacher. Cette inflammation est généralement très-superficielle, simplement érythémateuse; j'ai fort rarement observé le gonflement du col lui-même. Lorsque l'inflammation est intense, la rougeur très-vive, la surface du col est parfois un peu saignante. Je n'ai jamais constaté d'une façon bien certaine de sensibilité au col de l'utérus. M. Cullérier dit que, lorsque l'inflammation du vagin gagne le col de l'utérus, il l'a trouvé chaud et sensible. M. E. Delmas l'a dans tous les cas trouvé complétement insensible (1). Quelquefois la rougeur du col s'accompagne de légères érosions, très-superficielles.

La rougeur occupe tantôt la totalité, tantôt une partie seulement du col utérin : on la voit alors circonscrite, soit à une des lèvres du museau de tanche, soit au pourtour de son orifice; souvent elle est nettement arrêtée sur ses bords.

L'exsudation, toujours très-visqueuse, tantôt transparente, tantôt opaque et puriforme, peut se faire, soit sur la face interne du col seulement, soit sur toute la surface du museau de tanche. Il est d'autant plus difficile de s'en débarrasser que la plupart des femmes chez qui on l'observe étaient déjà affectées de catarrhe utérin. Dans l'état de grossesse, on a souvent beaucoup de peine même à modérer l'écoulement qui se fait par le col de l'utérus. On le voit souvent, malgré tous les moyens que l'on peut

(1) Gaz. méd., 15 sept. 1838.

Digitized by Google

employer, persister, abondant et puriforme, jusqu'après l'époque de l'accouchement.

§ V. *Du traitement de la blennorrhagie.* — Les quatre espèces de blennorrhagies que nous venons de décrire n'étant, comme nous l'avons dit, qu'une même maladie de nature semblable, et se développant sous l'influence des mêmes causes, les détails de thérapeutique dans lesquels nous allons entrer seront à peu près également applicables à chacune d'elles. Nous indiquerons les légères différences que la diversité de siége peut imposer au traitement.

Deux indications se présentent dans le traitement de la blennorrhagie : combattre la blennorrhagie elle-même comme simple inflammation catarrhale ; combattre les diverses complications qui peuvent l'accompagner. Si l'on refuse à la blennorrhagie simple la faculté d'infecter l'économie, et de déterminer des accidents consécutifs, la facilité avec laquelle, chez la femme, il est possible d'explorer tous les points de la muqueuse malade, rendra généralement très-positives les indications à remplir, d'autant plus qu'on n'a pas lieu de soupçonner chez elle, comme chez l'homme, l'existence d'ulcérations latentes dans le canal de l'urètre.

Il est certain que la gonorrhée simple, chez la femme, disparaît presque toujours aussi promptement par de simples soins de propreté qu'à l'aide des moyens thérapeutiques qu'on peut lui opposer, remarque qu'avait déjà faite B. Bell (1). Mais il faut noter qu'autant il est facile de dissiper les symptômes aigus de la blennorrhagie, autant on a de peine souvent à se débarrasser de cette maladie passée à l'état chronique. Et même les soins les plus prompts et les mieux entendus ne parviennent pas toujours à empêcher ce passage à l'état chronique, bien qu'ils réussissent presque constamment à éteindre très-promptement tout ce qu'il y a d'aigu dans l'inflammation.

Le premier soin que doit prendre une femme affectée de blennorrhagie est d'éloigner toute cause possible, directe ou indirecte, d'irritation des organes génitaux. Une continence absolue est indispensable (2); il faut y joindre un régime rafraîchissant, l'abstinence de tout ce qui peut porter quelque irritation sur le système nerveux ou sur la muqueuse digestive. Ce n'est pas que l'inobservance de ces préceptes donne une gravité immédiate à la maladie, et s'oppose toujours à ce que les premières périodes de l'inflammation achèvent leur cours en peu de temps; mais ce serait le moyen d'assurer le passage de l'affection à l'état chronique, et nous ne saurions assez insister sur l'importance qu'il y a à ne pas lui laisser revêtir cette forme, sous laquelle il devient si difficile de s'en rendre maître.

Des boissons rafraîchissantes seront prises surtout dans le but de délayer les urines, et d'en diminuer les qualités irritantes; des lavements, et même de légers laxatifs, entretiendront la liberté du ventre.

Les topiques auxquels on devra avoir recours seront sous forme de lotions, d'injections et de bains.

Les lotions sont surtout essentielles lorsque l'inflammation occupe les organes génitaux externes; c'est quelquefois le seul moyen auquel on puisse avoir recours, lorsque cette dernière est intense. Simplement émollientes, formées d'une forte décoction de tête de pavots, lorsque les douleurs sont vives, il faut les répéter plusieurs fois par jour. Lorsque, dans la vulvite, la tension des parties est considérable, que le contact de l'urine est fort douloureux, que le pudendum est le siége de ces douleurs irritantes qui agissent à un si haut degré sur le système nerveux de quelques femmes, on obtient beaucoup de soulagement de lavements laudanisés, en ayant soin toutefois de combattre la constipation que déterminent ordinairement les opiacés. C'est par l'emploi fréquent des lotions que l'on empêchera l'exsudation abondante, dont la vulve est si souvent le siége, de s'étendre sur la surface cutanée environnante, où nous avons vu qu'elle déterminait une si vive irritation, et de produire sur la muqueuse vulvaire elle-même des excoriations que le contact de l'urine rend excessivement douloureuses.

Les injections doivent être pratiquées avec soin et plusieurs fois par jour, lorsqu'il y a vaginite ou utérite; on les fera avec une décoction de guimauve ou de pavots, dans la première période de l'inflammation; mais on ne tardera pas à les rendre légèrement astringentes, au moyen d'eau blanche, de vinaigre rosat, etc. On aura soin, lorsque l'inflammation occupera le fond du vagin, ou le col de l'utérus, d'introduire un peu profondément la canule de la seringue, afin que le liquide injecté arrive sûrement au contact de la surface enflammée. Les malades se tiendront sur un plan déclive d'avant en arrière, pour que le liquide soit retenu par sa pesanteur au fond du cul-de-sac vaginal, et n'en sorte pas aussitôt qu'il y aura été introduit; on peut, afin de rendre plus prolongée l'action des to-

(1) B. Bell. Loco cit., p. 159.

(2) Il faut faire attention que la blennorrhagie étant plus souvent indolente chez la femme que chez l'homme, la continence est moins généralement observée par elle, d'autant plus qu'elle ne trouve pas, dans la difficulté des érections, cet obstacle qui est souvent chez l'homme la plus sûre garantie de sa sagesse.

Digitized by Google

piques, laisser à demeure dans le vagin un tampon allongé, imbibé de la matière de l'injection, et qui écarte modérément les parois du vagin; ce tampon peut être introduit au moyen du spéculum, ou par la malade elle-même, à l'aide de ses doigts. Un fil attaché à son extrémité inférieure sert à le retirer; il suffit habituellement, à moins que l'écoulement ne soit excessif, de le réappliquer toutes les vingt-quatre heures. Lorsque l'on tient, à ce qu'il soit en contact immédiat avec le col de l'utérus, il est nécessaire, pour l'introduire, d'avoir recours au spéculum.

Mais quelle que soit l'utilité des injections et des applications toniques sur la muqueuse utéro-vaginale, il faudra craindre que l'application de ces moyens ne soit quelquefois de nature à augmenter l'irritation qu'ils sont destinés à calmer. Ainsi, tant que la vulve est le siége d'une inflammation un peu vive, l'introduction de la seringue à injection est douloureuse et irritante, et il est d'autant plus indiqué de s'abstenir de ce remède que, la vulvite cédant en général avec assez de promptitude, on ne perd ainsi que peu de temps à attendre sa disparition. Alors, surtout, il faut se garder de chercher à s'assurer de l'état des parties profondes, à l'aide du spéculum; on prendra garde encore, dans la vaginite aiguë, d'augmenter l'irritation de la muqueuse, en essayant de porter des topiques sur le col de l'utérus, et sur les parois du vagin elles-mêmes.

Les bains sont d'une grande utilité dans la blennorrhagie chez les femmes; ils doivent être toujours frais et prolongés; les bains de siége seraient plutôt nuisibles qu'utiles dans la blennorrhagie aiguë, car ils tendent, comme on le sait, à déterminer vers les organes du bassin une congestion qui ne pourrait qu'augmenter l'état inflammatoire.

Lorsque l'inflammation est très-vive, que la vulve est tuméfiée, douloureuse, qu'il survient de la fièvre, il peut être utile d'avoir recours à des antiphlogistiques plus énergiques, et les émissions sanguines procurent en général un prompt soulagement. Je préfère de beaucoup les saignées générales aux saignées locales. Les inconvénients fort graves qui peuvent résulter de ces dernières ne me paraissent compensés par aucun avantage; on recommande généralement, quand l'inflammation de la vulve est intense, d'appliquer des sangsues à l'entour *pourvu qu'il n'y ait pas de chancres;* la recommandation est bonne, sans doute, mais souvent il est difficile d'y avoir égard. Lorsque la vulve est vivement enflammée, que les lèvres sont boursouflées, il est ordinairement difficile, quelquefois impossible, d'explorer avec assez de soin tous les points de la muqueuse, pour s'assurer avec certitude de l'existence ou de l'absence des chancres. L'introduction du spéculum est souvent impraticable, toujours nuisible, et on ne peut savoir que par ce moyen s'il existe ou non des chancres dans le vagin. On voit donc que, dans la plupart des cas où des émissions sanguines sont indiquées, il y a lieu de douter de l'absence des chancres, lors même qu'il n'en existe pas de traces sur les parties faciles à explorer. Ajoutons qu'il n'est pas possible d'appliquer des sangsues assez loin de la vulve pour mettre les piqûres à l'abri de tout contact avec la matière de l'écoulement.

Excepté chez les femmes pléthoriques ou mal réglées, il n'est pas généralement nécessaire de pratiquer des émissions sanguines abondantes; il suffit presque toujours d'une ou de deux saignées pratiquées à peu d'intervalle. Pour les cas où l'inflammation occupe le col de l'utérus lui-même, les préceptes de M. Lisfranc sur la préférence que méritent les saignées générales sur les saignées locales me paraissent tout à fait applicables.

Tels sont les moyens très-simples qu'il y a à employer dans le traitement de la blennorrhagie aiguë chez la femme. Ils deviennent plus compliqués lorsque celle-ci a passé à l'état chronique, mais je ne m'en occuperai pas ici.

On essaie en général en vain de faire avorter dès son début la blennorrhagie chez la femme; les moyens qui, en semblable circonstance, réussissent le mieux chez l'homme semblent sans effet chez elle; MM. Gibert, Ricord et Pétigny ont cependant reconnu au copahu une action spéciale sur l'urétrite, mais sur l'urétrite seulement. Je crois que l'on pourrait, au début, essayer le traitement par le nitrate d'argent solide, que plusieurs auteurs anglais ont vanté dans la blennorrhagie.

CHAPITRE II.

Des complications de la blennorrhagie. — La blennorrhagie chez la femme se montre moins souvent à l'état simple que chez l'homme; parmi les diverses complications qui peuvent l'accompagner, les unes lui sont communes avec l'autre sexe, telles que les chancres, les végétations, les bubons, etc.; les autres sont particulières, ou presque particulières à la femme; tels sont les tubercules plats ou papules muqueuses, les érosions granulées du col de l'utérus, les fissures à l'anus : celles-ci nous demanderont seules une description un peu étendue; nous nous contenterons, pour les autres, d'indiquer les circonstances tout à fait spéciales qu'elles présentent chez la femme. Nous n'aurons pas à nous occuper ici de l'extension de l'inflammation de la muqueuse génito-urinaire à la surface cutanée voisine, des inflammations phlegmoneuses ou œdémateuses de la vulve, de l'extension de la maladie à la vessie, etc.

Digitized by Google

Ces diverses complications ont été indiquées à propos de la blennorrhagie elle-même, dont elles sont, si je puis ainsi dire, le produit direct.

Quant aux métastases de la blennorrhagie, à son transport à des organes éloignés, on les observe beaucoup moins fréquemment chez la femme que chez l'homme.

On a voulu expliquer la rareté de l'ophthalmie blennorrhagique chez la première par cette circonstance, qu'elle est beaucoup moins exposée que l'homme au contact direct de la matière blennorrhagique. Quant aux arthrites blennorrhagiques, on a remarqué (le professeur H. Cloquet, je crois) que c'était presque toujours l'articulation coxo-fémorale qui était prise chez les femmes affectées de blennorrhagie.

§ I. *Tubercules plats.* — On appelle tubercules plats (Gibert), papules muqueuses (Ricord), pustules muqueuses (Lagneau), plates, humides..... des boutons larges, aplatis, blanchâtres, qui sont une des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie chez la femme. Le nom de pustules est évidemment mauvais, puisqu'il signifie des petites tumeurs remplies de pus, tandis que celles dont nous nous occupons sont toujours pleines et solides. Le nom de tubercules convient mieux que celui de papules que l'on applique en général à des tumeurs d'un petit volume. Très-rare chez l'homme, mais se rencontrant fort souvent chez la femme sous forme primitive, ce symptôme s'observe autour des parties génitales, de l'anus et des seins.

Les tubercules plats se présentent sous la forme de saillies assez semblables, bien que beaucoup plus grosses, à des boutons de variole bien développés, et au moment où ils deviennent opaques, ils sont arrondis sur les bords, plats à leur surface, quelquefois légèrement excavés au centre, blanchâtres ou d'une teinte grisâtre un peu ardoisée, plus souvent que rouge, comme on le dit habituellement. Les plus petits ont le diamètre d'une lentille; d'autres sont aussi larges qu'une pièce de cinq sous; ils sont, en général, le siége d'une exsudation abondante (pustules humides), visqueuse, transparente, âcre, d'une odeur forte et caractéristique, dont le contact irrite, rougit la peau qui les environne, et rend celle-ci le siége d'une semblable sécrétion. Ils ne sont, en général, guère douloureux par eux-mêmes, à moins qu'ils ne soient ulcérés; ils sont le plus souvent accompagnés de vulvite.

Ils se développent aussi bien sur la peau que sur une surface muqueuse, mais là seulement où l'épiderme a beaucoup de finesse. En nombre très-variable, tantôt on les voit, confluents, couvrir les grandes et les petites lèvres, la partie interne et supérieure des cuisses, le périnée, le pourtour de l'anus; tantôt ils sont en petit nombre, isolés; quelquefois on en voit seulement quelques-uns disposés en forme de chapelet le long des grandes lèvres.

Ils sont souvent tout à fait superficiels : c'est-à-dire que leur base repose immédiatement sur la surface du derme; d'autres fois leur base est indurée plus ou moins profondément, surtout lorsqu'ils ont leur siége sur les grandes lèvres; dans ce dernier cas, ils sont en général plus persistants et plus difficiles à guérir.

Quelquefois les tubercules plats s'ulcèrent à leur sommet, et présentent une surface d'un rouge vif, aplatie, suppurante, et qu'il est quelquefois très-difficile de distinguer d'un chancre, d'autant plus que le travail d'ulcération les creuse souvent à leur centre. On peut, le plus souvent, les reconnaître à leur nombre plus grand que ne l'est habituellement celui des chancres, à l'existence d'autres tubercules plats non ulcérés, ou commençant seulement à s'ulcérer, et conséquemment plus faciles à distinguer, surtout à la saillie qui les supporte et à l'élévation du niveau de l'ulcération au-dessus du niveau de la peau. Cependant la distinction me paraît, dans certains cas, impossible à faire entre des tubercules plats ulcérés et des chancres à base indurée; M. Ricord les reconnaît au moyen de l'inoculation qui ne réussit qu'avec les chancres; mais nous reviendrons tout à l'heure aux opinions de ce médecin.

Les tubercules plats s'observent habituellement chez des femmes malpropres, affectées de vulvite et d'un écoulement abondant. Ils se montrent ordinairement peu de jours après le coït, et le plus souvent après l'écoulement. Quelques femmes m'ont assuré les avoir vus se développer avant de s'être aperçues d'aucun écoulement. M. Gibert en a vu datant de trois semaines, chez une femme infectée par son mari atteint d'écoulement, et chez laquelle la vulve était parfaitement saine; c'était la première fois que cette femme était atteinte de syphilis (1).

Ils se développent sous forme de petits boutons blancs qui s'accompagnent ordinairement à leur début d'une vive démangeaison, mais dont les femmes ne s'aperçoivent souvent que lorsqu'ils sont tout formés.

Ce symptôme était autrefois rangé parmi les symptômes consécutifs, et les auteurs anciens ne l'ont même pas indiqué parmi ceux qui peuvent accompagner la blennorrhagie aiguë. La plupart des auteurs modernes s'accordent à le regarder comme souvent primitif, surtout chez la femme. Suivant M. Desruelles, les pustules muqueuses seraient presque toujours primitives (2). Mais on conçoit que cet auteur, pour qui les symptômes vénériens ne sont tous

(1) Manuel cité, p. 280.

(2) Desruelles, Traité prat. des mal. vénér.

Digitized by Google

que des modifications de l'inflammation, n'admette qu'à son corps défendant des symptômes consécutifs. M. Ricord affirme que le tubercule muqueux est beaucoup plus fréquent comme accident secondaire que comme accident *réputé primitif* (1). « C'est à tort que quelques auteurs ont voulu en faire deux espèces différentes, le primitif et le secondaire; il est évidemment le même quant à sa nature intime et à sa marche dans tous les cas (p. 183). » Il dit plus loin : « Le tubercule muqueux doit être rapporté aux accidents secondaires, et est une preuve de syphilis constitutionnelle (p. 187). »

Il me paraît certain que le tubercule plat est aussi souvent primitif chez la femme qu'il est consécutif chez l'homme, et nous allons dans un instant rechercher ce qu'entend M. Ricord, en disant qu'il est toujours secondaire, et quel est le point de départ de son opinion à ce sujet.

La nature des tubercules plats, la cause immédiate de leur développement, est un point de leur histoire sur lequel il règne peu d'accord. Les uns le regardent comme un symptôme essentiellement syphilitique, les autres le considèrent comme un phénomène dû simplement à l'inflammation ou au contact de la matière de l'écoulement.

Suivant M. Petigny, les pustules plates, humides, dues à un boursoufflement particulier du tissu muqueux, sont évidemment un produit de l'inflammation. Beaucoup de personnes croient qu'elles sont dues seulement au contact de la matière de l'écoulement vulvo-vaginal; il est certain qu'on les observe surtout chez les femmes malpropres, atteintes d'un écoulement âcre et abondant, et qu'on ne les voit guère se développer hors de la portée de l'écoulement vulvaire. Aussi, suivant M. Lagneau (2), sont-elles incomparablement plus fréquentes dans les hôpitaux qu'à la ville. Ce praticien a même remarqué, ainsi que M. Devergie, que ce symptôme était moins commun à Paris, depuis que les bains y sont devenus d'un usage plus facile et plus général.

Suivant M. Devergie, les pustules humides ne seraient point un signe d'infection. Il rapporte à l'appui de son opinion le fait suivant : une femme de trente-trois ans, enceinte d'un second enfant, fut prise, dans les premiers mois de sa grossesse, d'une chaleur vive aux parties sexuelles, rendant le coït fort douloureux. (Le mari avait eu, il y avait plus de douze ans, seulement un écoulement guéri au bout d'un mois.) Au quatrième mois se développèrent aux grandes lèvres des pustules humides, qui bientôt s'étendirent au pourtour des cuisses, au périnée; la région anale se couvrit de rhagades, de condylomes. Un médecin attribua cela à une syphilis constitutionnelle; il prescrivit des sudorifiques, du sirop de Cuisinier avec addition de six grains par bouteille. Au bout de quinze jours de traitement, la bouche s'enflamma, les amygdales s'ulcérèrent, le pourtour de la langue se couvrit de végétations, l'état des parties sexuelles s'irrita.... M. Devergie, appelé, remplace ce traitement par des antiphlogistiques; il obtient beaucoup de mieux. Cependant la femme est délivrée, et bientôt après tout a disparu.

Ce fait, qui pourrait servir à plusieurs fins, et être aussi invoqué par ceux qui refusent d'accorder au mercure les propriétés spécifiques dont il est doué, ne saurait rien prouver, à cause des circonstances qui l'ont accompagné. Il est, en effet, d'observation que l'état de grossesse rend en général fort difficile la guérison des accidents vénériens locaux qui, après la délivrance, disparaissent souvent d'eux-mêmes. Or, on conçoit fort bien que dans ce cas un traitement mercuriel employé sans ménagement a pu exaspérer des accidents auxquels il ne fallait opposer qu'un traitement palliatif, ou au moins très-modéré. M. Devergie et les antiphlogistiques sont arrivés à temps pour pouvoir s'attribuer ce qui, en fait, a été très-probablement l'œuvre de la nature. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que ce médecin a beaucoup aidé cette dernière, en faisant cesser le traitement peu rationnel auquel on avait eu recours.

Pour moi, les tubercules plats sont un symptôme non équivoque de vérole; en effet, si l'on considère qu'ils s'observent toujours dans le même lieu, sous l'influence d'une cause unique, le coït; qu'ils peuvent se montrer avant tout écoulement, et sans que la muqueuse génito-urinaire présente aucun signe d'inflammation; si l'on songe à la ressemblance avec le symptôme évidemment consécutif qui porte le même nom, à sa coïncidence fréquente avec d'autres symptômes vénériens, on ne doutera pas qu'il n'y ait dans la cause qui le produit autre chose que de l'inflammation, que le contact d'une humeur irritante, sans nier pour cela que ces dernières circonstances ne puissent, dans quelques cas, favoriser son développement.

M. Ricord paraît bien avoir observé que le tubercule muqueux se développait primitivement; mais comme il a reconnu en même temps que le tubercule ulcéré ne fournissait aucun résultat par l'inoculation, il a dû se trouver dans un grand embarras dont, suivant nous, il a vainement cherché à sortir. Comme les idées, fort ingénieuses, du reste, de M. Ricord sur le chancre ne nous ont jamais paru appuyées sur une observation incontestable, et qui réponde à toutes les objections que l'on a pu leur présenter, nous avons porté beaucoup d'attention sur un chapitre

(1) Ph. Ricord, Traité prat. des mal. vénér.
(2) Lagneau, Traité prat. des mal. syphil p. 201.

Digitized by Google

de M. Ricord sur le tubercule muqueux, dans lequel cet auteur nous paraît avoir, plus que jamais, donné cours à son imagination, pour réfuter les contradictions que lui présentaient les faits.

« Contagieux par un procédé vital insaisissable, et qu'on ne peut expliquer, le tubercule muqueux ne peut être transmis par voie d'inoculation. Symptôme bizarre, voilé dans son début, insidieux dans sa marche, il constitue un accident de transition entre le point de départ régulier et caractéristique de la syphilis, le chancre, et les accidents d'infection générale (*Trait. prat.* pag. 151) ; l'antécédent constant, la cause spécifique du tubercule muqueux, c'est le chancre.... Les tubercules muqueux ont été précédés de chancres, ou ont été communiqués par un individu qui avait des chancres (pag. 152). Lorsqu'un malade ne présente qu'un ou deux tubercules muqueux sur les points ordinairement soumis à la contagion, il reste *prouvé*, pour des observateurs habitués ou rigoureux, que ce sont des chancres à la période *de réparation vicieuse, ou de transformation* in situ. »

Il me semble que l'importance exclusive que M. Ricord accorde au chancre, fondée sur le fait de la reproduction par l'inoculation, qu'il le dit toujours apte et seul apte à produire, est démentie par celui-ci, que l'accident le plus remarquable de la vérole, la papule muqueuse, ne produit aucun résultat par l'inoculation. (Loco cit., pag. 51). Il est vrai que ne pouvant affirmer qu'il fût toujours consécutif, et se refusant à admettre comme primitif un symptôme syphilitique qui ne se reproduisait pas par l'inoculation, il l'appelle *accident de transition...*, et affirme qu'il est toujours précédé ou produit par le chancre. Mais il est incontestable que le tubercule plat se développe quelquefois avant aucun autre symptôme vénérien, qu'on le rencontre dans un certain nombre de cas, sans qu'il soit accompagné de chancres ; que les chancres le plus souvent se montrent sans tubercules plats; que ce dernier symptôme est beaucoup plus rare chez l'homme, chez lequel cependant le chancre s'observe plus souvent que chez la femme ; il est certain que si le chancre produisait le tubercule plat, comme le dit M. Ricord, ce médecin aurait vu cette génération se produire dans ses nombreuses expériences sur l'inoculation du chancre. Maintenant, pour ce qui est de la transformation du chancre en tubercule plat, que M. Ricord semble considérer comme prouvée, et que pour cela sans doute il n'appuie d'aucun fait, j'avoue n'avoir rien vu de semblable, et concevoir même difficilement la possibilité de cette transformation, que personne ne paraît avoir observée. Il est vrai que l'on trouve parfois, sur les grandes lèvres surtout, des noyaux d'induration que l'on peut aussi bien rapporter à des chancres qu'à des tubercules plats non ulcérés et indurés ; mais de ce qu'il est difficile de distinguer à laquelle de ces deux affections ils appartiennent, il ne s'ensuit pas qu'ils soient l'une et l'autre à la fois.

(*La suite au prochain cahier.*)

(IBIDEM.)

Traitement de la blennorrhagie par l'emploi combiné de l'alun et du poivre cubèbe ; par MATHIEU, D. M. P.

Depuis trois mois, j'ai traité de la blennorrhagie cinq personnes dont l'observation m'est parfaitement connue, et trois autres que je n'ai pas revues.

Dans toute autre circonstance je devrais vous donner les noms et demeure de mes malades ; vous comprendrez trop ma réserve pour ne pas l'approuver.

Le premier, âgé de quarante ans environ, avait une blennorrhagie depuis trois semaines ; il n'avait vu d'autre femme que la sienne. Cette dernière, examinée par moi, n'avait autre chose que de la leucorrhée, et encore fort peu abondante. Elle disait également ne pas avoir eu de relations illicites.

Je prescrivis au mari :

Onces ij de poivre cubèbe, plus demi-once de sulfate d'alumine, le tout mélangé ensemble et divisé en neuf doses : — trois doses par jour.

Trois jours après, la blennorrhagie avait entièrement cessé ; et, chose curieuse, la verge, qui était rouge et tuméfiée, lorsque le malade me vint consulter, était revenue à son état normal. Huit jours, quinze jours après, je revis le malade, la guérison s'était maintenue. Il resta encore, pendant près de quinze jours, un très-léger suintement parfaitement limpide, mais aucune espèce de douleur.

Le deuxième était un marchand de vins que deux ans auparavant j'avais traité de blennorrhagie pendant un mois au moyen d'injections opiacées. Le malade accusait une blennorrhagie de quinze jours et d'une source très-suspecte. Je fis la prescription précitée, et ce marchand de vins, qui craignait de nuire à son établissement, but avec la pratique, en avalant néanmoins les médicaments. Huit jours après il était totalement guéri.

Le jour que je constatai sa guérison, il m'adressa un de ses confrères exactement dans le même cas ; la maladie ne datait néanmoins que de quatre à cinq jours. Même traitement, même oubli d'hygiène et semblable résultat au bout de six jours.

Un négociant de mon quartier vint me consulter pour la même maladie datant de trois mois ; même

Digitized by Google

prescription ; encore le même résultat, mais après dix jours. Enfin, chose curieuse, un commis de ce négociant, malade exactement comme son patron, venant furtivement chez moi, encore comme son patron, fut guéri d'une blennorrhagie de dix à douze jours de durée après une semaine de traitement.

J'ai vu trois autres blennorrhagiques ; j'ai recommandé le traitement ci-dessus indiqué, ces malades ne se sont pas représentés ; j'ai su, chez le pharmacien, qu'ils suivirent l'ordonnance ; suis-je en droit de croire que, s'ils ne sont pas revenus, c'est qu'ils étaient guéris ?

Je dois ajouter qu'à tous j'ai fait prolonger, mais à dose moindre, l'emploi du poivre cubèbe et du sulfate d'alumine ; que j'ai conseillé l'usage d'un suspensoir ; enfin que je n'ai pas dû oublier les préceptes hygiéniques.

Je suis convaincu que ce n'est point au poivre cubèbe seul que j'ai dû ces heureux résultats ; et cela, parce que précédemment ayant plusieurs fois employé chez un assez grand nombre de malades, notamment chez des jeunes gens sur le point de se marier, le poivre cubèbe jusqu'à la dose d'une once et demie par jour, souvent je n'ai rien obtenu, ou lorsque j'avais des résultats ils n'ont *jamais* été aussi prompts.

IBIDEM.

Des préparations d'argent, et de leur utilité dans les maladies vénériennes ; par SICARD, D. M.

Quoique le mercure soit, à juste titre, regardé comme le spécifique des affections vénériennes, on a dû cependant rechercher d'autres médicaments qui présentassent quelque efficacité dans le traitement de ces maladies, et cela, parce que le mercure ne s'accommode pas également à tous les tempéraments et à toutes les constitutions, malgré les modifications diverses qu'on a fait subir au mode d'administration de ce métal.

L'auteur de cette brochure, M. Sicard, à l'exemple du savant professeur de Montpellier, M. Serre, publie ses recherches sur l'emploi des préparations d'argent dans le traitement des malades syphilitiques ; il déclare, tout en l'appuyant par des faits nombreux, que l'application qu'il en a faite a opéré des effets incontestables, et que l'expérience démontrera bientôt tout le parti qu'on peut tirer de cette nouvelle découverte.

Avant d'examiner la substance de ce mémoire qui institue l'utilité des préparations argentifères, voyons quel crédit a été donné aux autres métaux, dans la thérapeutique de la syphilis.

Le cuivre a été le premier des métaux que l'on a essayé ; ce ne fut pas sous la forme métallique qu'il fut employé, mais bien sous celle de deuto-carbonate hydraté (vert-de-gris). Ischorn, Schlegel, l'ont employé, et en ont retiré quelques effets ; Brewen a aussi recommandé l'ammoniure de cuivre dans la syphilis. Chevalier prétend avoir vu administrer avec succès le nitrate de cuivre dans les cas où la maladie vénérienne avait résisté au mercure ; mais, malgré l'autorité des auteurs que nous venons de citer, le cuivre n'a pas été admis dans le traitement de ces maladies.

Plus tard, M. Chrestien de Montpellier préconisa les préparations aurifères, employées déjà par différents praticiens anciens ; elles ont repris rang depuis dans la matière médicale.

Les préparations arsenicales eurent leur tour ; Biett dit en avoir obtenu de bons résultats dans le traitement de la syphilis constitutionnelle. Remer a trouvé l'arséniate de potasse utile dans les cas les plus désespérés. Mais, malgré la sanction donnée à cette substance par ces praticiens, on craignit d'administrer un médicament qui, mal appliqué, pouvait devenir un poison violent.

Cullerier, oncle, vu l'analogie qui existait entre le platine et l'or, eut l'idée d'essayer ce nouveau métal ; il reconnut à l'hydrochlorate de platine les mêmes vertus anti-syphilitiques qu'au muriate d'or.

Enfin, selon Bleifuss, l'hydrocyanate de fer serait un excellent remède contre la syphilis constitutionnelle.

Considérons maintenant quelle est l'utilité des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes.

Si nous avions égard au mémoire de M. Sicard, qui ne manque pas de quelques bonnes conclusions, nous nous prononcerions pour l'affirmative ; mais nous pensons que la question n'est pas encore résolue, et que des expérimentations nouvelles, suivies de succès, sont encore nécessaires pour appuyer raisonnablement une opinion.

La première partie du travail de M. Sicard contient l'analyse de l'ouvrage de M. le professeur Serre. Il y est fait mention de toutes les préparations d'argent qui, dans les nombreuses observations citées à l'appui, ont joué le plus grand rôle, et ont le plus souvent triomphé de la maladie.

Voici la formule des pilules employées le plus généralement par ce praticien, dans les affections syphilitiques :

Chlorure d'argent,	1 grain.
Poudre d'Iris de Florence,	2 grains.
Conserve de tilleul,	q. suffis.

Pour une masse pilulaire très-consistante, à diviser en douze pilules.

Digitized by Google

Dans le cas où, à l'administration des pilules, il fallait joindre l'emploi des frictions, M. Serre prescrivait l'application locale d'une pommade composée ainsi qu'il suit :

Oxide d'argent,	20 grains.
Axonge.	1 once.

Mêlez avec soin.

Ainsi il agissait comme dans les cas où l'on applique l'onguent mercuriel, tout en continuant le traitement général.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur publie les observations qui lui sont propres, recueillies à l'Hôtel-Dieu St.-Éloi de Montpellier, en les faisant suivre des réflexions qu'elles lui ont suggérées. Ces observations ont toutes rapport à l'emploi du chlorure d'argent en pilules; elles sont au nombre de huit. Si elles ont été recueillies avec soin et impartialité, on ne saurait douter de l'efficacité des préparations argentifères; en effet, les chancres, les bubons, les végétations, tout, en un mot, a cédé à ce mode de traitement. Ces faits, dans la suite, pourront peut-être acquérir quelque valeur.

La troisième partie du travail de M. Sicard a pour but d'apprécier les observations publiées par M. Ricord, sur l'emploi des préparations précitées dans son Traité pratique des maladies vénériennes : « Il faut noter, dit l'auteur, M. Sicard, 1° que, dans tous les cas où le chirurgien de l'hospice des Vénériens de Paris a employé les préparations d'argent, il n'a jamais suivi les doses indiquées par M. Serre; 2° que les bubons qu'il avait à traiter n'étaient pas syphilitiques, puisque l'inoculation n'a rien produit. »

Maintenant quelles sont les conclusions du travail que nous analysons? Elles peuvent se résumer ainsi qu'il suit : les préparations d'argent sont employées avec efficacité chez les malades qui ne peuvent supporter les préparations mercurielles; elles ont l'avantage, sur ces dernières, de ne pas procurer de salivation, et de ne pas produire sur l'ensemble de l'économie les accidents que l'on peut quelquefois reprocher au mercure.

Elles ont, sur les préparations aurifères, l'avantage de ne pas surexciter les tempéraments sanguins, nerveux ou faibles, ce qui doit les faire préférer chez les individus ayant une prédisposition à une maladie quelconque.

Enfin l'argent partage avec l'or l'avantage de la propreté, et l'agrément de pouvoir se traiter, même en voyage, sans que personne puisse avoir le moindre soupçon de la maladie que l'on porte.

On peut donc, dit en terminant M. Sicard, avouer, sans prévention aucune, que les préparations d'argent sont utiles dans le traitement des maladies vénériennes.

Parmi ces préparations, le chlorure d'argent est, sans contredit, la substance qui doit être employée de préférence; viennent ensuite le chlorure d'argent et d'ammoniaque, puis l'oxide, l'iodure et le cyanure. Il serait à souhaiter qu'on parvînt à apprécier laquelle de ces préparations est plus utile dans tel ou tel cas donné.

IBIDEM.

Du traitement local des bubons par les piqûres multiples.

Nous avons déjà dans ce journal entretenu nos lecteurs de bien des moyens employés pour obtenir la résolution du bubon syphilitique. La gravité de ce symptôme et sa fréquence dans la pratique nous ont fait insister, à plusieurs reprises, sur les améliorations que la chirurgie moderne a apportées dans son traitement. C'est à cette occasion que, dans les nombreuses observations recueillies à l'hôpital des Vénériens, nous avons fait remarquer combien étaient rares aujourd'hui, dans le service de M. Cullerier, ces vastes décollements de la peau si communs jadis dans cet établissement, et qui nécessitaient de nombreuses et larges ouvertures, ces bubons ulcérés cette pourriture d'hôpital qui faisaient du bubon un des symptômes les plus graves et les plus redoutés de l'affection syphilitique.

Nous voulons aujourd'hui, pour compléter l'histoire du bubon, dire quelques mots d'un procédé souvent employé par M. Cullerier pour en amener une plus prompte terminaison. Ce sont des piqûres plus ou moins profondes, et multipliées sur la surface de la tumeur, à quelque période que l'on soit arrivé et dans quelque circonstance que le malade se trouve.

Déjà nous avons eu occasion, dans ce journal et dans nos *Recherches sur la thérapeutique de la syphilis*, de signaler les bons effets que ce chirurgien retirait depuis longtemps des piqûres multipliées; mais ce moyen, réservé pour quelques cas exceptionnels, n'était employé que lorsqu'il existait une collection purulente qui avait décollé les tissus dans une assez vaste étendue, et que le pus situé superficiellement pouvait facilement se faire jour par ces légères ouvertures. Des piqûres multipliées faites avec la lancette, non-seulement alors donnaient issue d'une manière plus complète au liquide purulent, mais encore la peau, stimulée par de nombreuses mouchetures, reprenait plus de vie, plus d'élasticité, et le recollement s'opérait avec plus de promptitude.

M. Cullerier a maintenant généralisé cette méthode dans toutes les phases du bubon syphilitique,

Digitized by Google

et les mouchetures lui semblent préférables au vésicatoire suivi de la cautérisation, moyen également fort précieux, mais qui a l'inconvénient de laisser une large cicatrice dans l'aine, et pendant longtemps une coloration désagréable de la peau. Les piqûres avec la lancette, au contraire, divisant la peau dans une très-petite étendue, laissent après elles des cicatrices moins apparentes encore que celles des sangsues, et les bons effets que l'on en retire ne sont ni moins sensibles ni moins prompts.

Les mouchetures multipliées sont pratiquées à l'hôpital des vénériens sur les bubons inflammatoires non suppurés dès l'entrée des malades. La peau est-elle rouge, enflammée, douloureuse, cinq à six piqûres de lancette, à quatre ou cinq millimètres de profondeur, donnent issue à une petite quantité de sang; puis un cataplasme émollient est appliqué sur l'aine, et le malade maintenu dans un repos parfait; le lendemain la peau a repris en grande partie son état normal; la tumeur s'est dégorgée et s'offre dans des conditions beaucoup plus favorables à la guérison.

La même opération convient encore lorsque le ganglion paraît seul être le siége de l'engorgement, et que la peau reste parfaitement intacte. Les piqûres de lancette agissent sans doute à la manière des sangsues, et le dégorgement s'opère de proche en proche jusqu'à la partie enflammée.

Si les malades se présentent à une époque plus avancée, lorsque déjà le pus est formé, soit qu'il soit disséminé dans les mailles du tissu cellulaire, ou réuni en collection, les piqûres multipliées sont d'un très-grand avantage. Le pus, mêlé au sang fourni par la peau divisée, s'écoule à la fois par ces ouvertures; il ne s'accumule dans aucun point, et non-seulement les foyers se trouvent ainsi complétement vides, mais encore la peau, légèrement stimulée par ces piqûres, adhère avec plus de promptitude et d'une manière plus complète aux tissus sous-jacents.

On conçoit que, lorsque la collection purulente est profondément située, dans cette classe de bubons dont nous avons tracé l'histoire sous le nom de bubons *sous-aponévrotiques*, les piqûres superficielles seraient insuffisantes pour donner issue au pus aggloméré; elles doivent être faites de manière à pénétrer jusqu'au foyer.

Enfin, dans le bubon indolent ou chronique, les piqûres multipliées ont encore l'avantage inappréciable d'animer, de réchauffer les tissus, d'augmenter leur activité, d'en accélérer la résolution, ou d'amener la fonte purulente des parties indurées; dans ces cas on fait pénétrer l'instrument jusque dans l'intérieur du ganglion malade.

On voit que ce mode de traitement, qui jadis était réservé par M. Cullerier pour quelques cas particuliers, est maintenant généralisé par ce praticien et opposé à presque tous les genres de bubon syphilitique, depuis sa période inflammatoire jusqu'à sa terminaison par une collection purulente; depuis l'engorgement douloureux de la glande jusqu'à son induration, son engorgement chronique, que les stimulants ordinaires ont tant de peine à résoudre. Cette pratique, adoptée depuis quelque temps dans son service, a déjà eu de fort beaux résultats.

Dans les cas les plus simples, c'est-à-dire lorsque le bubon est pour ainsi dire à son début, quelques jours suffisent pour que la résolution s'opère et que les piqûres se ferment; il faut plus de temps, lorsque l'inflammation a déjà fait des progrès, que la tumeur a acquis un certain volume, et que plusieurs ganglions participent à l'engorgement, lorsque la peau amincie, décollée, désorganisée en quelque sorte, recouvre un foyer purulent plus ou moins étendu.

M. Cullerier se sert de préférence de la lancette; cet instrument à deux tranchants pénètre moins douloureusement les tissus que le bistouri : ce dernier instrument peut pourtant être employé.

Voici comment il procède. Il met la lame de l'instrument entre le pouce et le doigt indicateur, de manière à ce que l'extrémité de la lame ne dépasse les doigts que de la longueur qu'il veut faire pénétrer. En agissant ainsi, il n'est pas exposé à faire des plaies trop profondes, et il évite les accidents qui pourraient résulter d'un mouvement brusque du malade ou de tout autre cause; car on ne doit point perdre de vue que l'on agit dans l'aine.

JOURN. DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT. — Août 1840.

Mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire, sans pénétrer dans le péritoine; par J.-Z. AMUSSAT.

Il a été fait mention, dans l'*Encyclographie*, de deux malades chez lesquels M. Amussat est parvenu à établir un anus artificiel dans les lombes, sans ouvrir le péritoine. C'est à l'occasion de ces deux observations que l'auteur a composé le mémoire que nous analysons, et dans lequel la question du lieu de l'établissement des anus contre nature est examinée d'une manière complète et en praticien expérimenté. « L'idée d'ouvrir le colon lombaire gauche sans intéresser le péritoine, dit-il, est ancienne; mais elle avait paru inexécutable jusqu'à présent. Des études positives d'anatomie chirurgicale m'ont conduit à cette opération comme elles m'ont conduit à la lithotripsie. A l'époque où je donnais des soins à notre célèbre Broussais, pour une obstruction cancéreuse du rectum, j'étais vivement préoccupé de son état, et je me préparais à toutes les éventualités de la situation grave dans

laquelle il se trouvait. Après avoir médité sur les ressources de la chirurgie en pareille occurrence, je fis sur le cadavre des essais comparatifs des divers procédés qui ont été proposés pour établir un anus artificiel, et bientôt j'arrivai à découvrir qu'on avait eu complétement tort d'abandonner l'idée d'ouvrir le colon lombaire sans intéresser le péritoine, comme on peut le voir dans la relation que j'ai donnée de la maladie de Broussais. »

Ces travaux semblent à M. Amussat d'autant plus importants, qu'on a d'assez nombreuses occasions de recourir à l'établissement d'un anus artificiel. Déjà ce chirurgien a vu succomber dans sa pratique particulière sept ou huit personnes atteintes de tympanite, et dont l'existence eût été prolongée par cette opération, qui est indiquée, suivant lui : 1° dans la tympanite stercorale déterminée par l'obstruction du rectum ou d'une autre partie du gros intestin; 2° dans la simple rétention prolongée des matières fécales, qui détermine une tympanite qu'on ne peut faire cesser et qui met en danger la vie du malade; 3° dans les affections squirrheuses du rectum ou du gros intestin, dès qu'elles apportent une grande gène dans la défécation; 4° enfin dans l'imperforation du rectum, ou plutôt l'absence d'une portion de cet intestin, lorsqu'on ne peut rétablir la voie par en bas.

Ces cas graves, comme on le voit, se présentent assez fréquemment. Dès que M. Amussat eut bien arrêté ses idées sur l'opportunité de cette opération, deux occasions de la pratiquer s'offrirent à lui, et il y procéda avec le plus grand succès. Ces deux malades portent aujourd'hui un anus contre nature qui ne leur rend pas la vie trop insupportable. La maladie première pour laquelle ils ont súbi cette opération ne paraît pas faire de progrès rapides, et tout porte à croire qu'ils auront retiré de cette opération tous les avantages qu'on pouvait espérer leur faire obtenir.

Les observations que nous avons rapportées dans nos articles cités plus haut nous dispensent d'insister plus longtemps sur le procédé opératoire conseillé par M. Amussat, renvoyant, du reste, à ses précédents articles pour avoir une idée parfaite de l'opération et des cas dans lesquels elle est indiquée.

IBIDEM.

Observations sur trois cas de céphalotomie. Article communiqué par M. le docteur ORDINAIRE, médecin à Saint-Laurent-lez-Mâcon (Ain).

Dans le courant de juin 1838, je fus appelé, pendant la nuit, dans la commune de Replonges (Ain), pour délivrer Catherine Gorjat, âgée de quarante-deux ans, d'une faible constitution, et d'une maigreur extrême, qui, depuis deux jours, éprouvait les douleurs de l'enfantement. Cette femme en était à sa septième parturition, et les deux dernières avaient nécessité l'application du forceps. Ayant exploré le bassin, je reconnus une viciation sensible : la tubérosité sacro-vertébrale, très-proéminente, était déviée à gauche, et ne laissait pas cinquante-quatre millimètres (deux pouces) d'intervalle entre elle et le pubis. La tête ne pouvait donc s'engager que du côté de la fosse iliaque droite; mais, malgré des douleurs violentes et répétées, elle était restée, après quarante-huit heures de travail, libre au-dessus du détroit supérieur. Je ne balançai pas à recourir au forceps. Après quelques efforts, je parvins à saisir la tête très-exactement : j'opérai d'abord seul, mais vainement, les tractions; je m'adjoignis deux aides aussi inutilement. Comme depuis vingt-quatre heures l'enfant n'avait pas donné signe de vie, et que la mère et les parents réclamaient une délivrance par tous les moyens que je jugerais convenables, je n'hésitai pas à pratiquer la céphalotomie. Je pris un couteau de cuisine à manche fixe, je l'entourai d'une bande, ne laissant à nu que vingt-sept millimètres de la pointe; je plaçai deux doigts de ma main gauche dans le vagin, pour me servir de conducteurs, je dirigeai la pointe de mon couteau le long de l'indicateur; la tête de l'enfant étant libre, et n'offrant pas une résistance suffisante, j'attendis une douleur pour perforer le crâne, et je pratiquai ainsi facilement une ouverture assez large pour recevoir l'extrémité du doigt. Cette opération achevée, voyant que les douleurs étaient faibles et rares, j'administrai à la malade une décoction de huit grammes de seigle ergoté concassé. Dix minutes furent à peine écoulées, que les contractions utérines augmentèrent sensiblement, et devinrent persistantes. Je parvins à introduire l'indicateur dans le crâne; je broyai la substance cérébrale qui s'échappa à chaque contraction, et la tête ne tarda pas à s'engager. Quand elle eut franchi le détroit supérieur, je pus saisir les plis de la dure-mère qui sépare le cerveau du cervelet, et je rencontrai dans cette membrane une résistance suffisante pour pouvoir opérer de puissantes tractions, et, une heure après, la délivrance fut complète. Aucun accident consécutif n'étant survenu, cette femme vint quinze jours après me remercier, et je l'engageai à éviter une nouvelle grossesse, qui pourra bien, si elle survient, nécessiter la symphyséotomie, la déformation du bassin devenant de jour en jour plus sensible.

Le dimanche 25 mars 1840, je fus appelé, à onze heures du matin, dans la commune de Charbonière (Saône-et-Loire), pour délivrer une jeune femme primipare, dans les douleurs de l'enfantement depuis trois jours. Cette femme, mariée depuis un an, était

Digitized by Google

très-petite, d'une forte constitution, et ne paraissait pas contrefaite, au dire des parents. Je la trouvai tranquille dans son lit; les douleurs avaient cessé, ou du moins ne se renouvelaient qu'à de longs intervalles. J'explorai le bassin, et je n'avais pas introduit la moitié de l'indicateur de la main droite dans le vagin, que je rencontrai une tubérosité osseuse, qui n'était autre que la saillie sacro-vertébrale qui venait se loger, pour ainsi dire, sous le pubis. Je reconnus une viciation du bassin en cœur, et je prévis un accouchement très-laborieux; en effet, je tentai vainement l'application du forceps de Flamand, dont je me sers lorsque la tête est libre au-dessus du détroit supérieur; je n'eus pas plus de succès dans l'emploi d'un très-petit forceps, à l'aide duquel je termine le plus grand nombre de mes délivrances anormales. Je renonçai à ce moyen, et j'eus recours à la céphalotomie, que je pratiquai de la même manière que dans l'observation précédente. Je réveillai les douleurs à l'aide de huit grammes d'ergot, et comme je ne pouvais introduire mon doigt assez avant dans le crâne pour broyer le cerveau, j'eus recours à une baguette de bois. Malgré la force et la persistance des douleurs, la tête ne s'engagea pas encore. Je songeai alors à un moyen qui me réussit parfaitement. Je pris un morceau de bois de la longueur et de la grosseur du petit doigt, j'attachai à son milieu une forte ficelle, je l'introduisis dans le crâne, et, tirant sur la corde, le bois se plaça naturellement en travers. Je fis des tractions fortes et soutenues, et la tête, s'allongeant dans le sens du morceau de bois, se déprima et put s'engager dans le détroit supérieur. Après moins d'une heure de travail, la femme fut délivrée et put vaquer à ses occupations le dixième jour.

J'ai pratiqué moins heureusement la céphalotomie il y a six ans, dans la commune de Vésine (Ain). La jeune femme près de laquelle j'étais appelé était épuisée par des applications trop répétées du forceps. Le médecin qui la secourait était depuis deux jours auprès d'elle. Lorsque je proposai la céphalotomie, il se récria d'abord sur les chances de vitalité de l'enfant; mais enfin l'intérêt de la mère l'emporta. Un quart d'heure après l'opération, que la femme et les parents réclamèrent avec instance, la délivrance fut achevée. L'enfant était mort depuis longtemps, puisque l'épiderme se détachait au moindre contact. Mais il survint, le troisième jour, une péritonite déterminée indubitablement par les tentatives infructueuses du forceps, et la femme mourut. Le bassin, sans être sensiblement vicié, était très-rétréci.

Aussitôt que j'ai reconnu une viciation du bassin, et même un simple rétrécissement qui s'oppose à l'accouchement naturel, j'ai préalablement recours au forceps; mais, loin de répéter huit à dix fois son application, et de m'exposer à voir la femme succomber entre mes mains, je n'hésite pas à pratiquer la céphalotomie, opération facile et peu dangereuse pour la mère. On peut m'objecter le sacrifice de l'enfant; mais peut-on comparer la perte de cet être, dont l'existence est si aventurée dans un accouchement laborieux, de cet être encore à l'état végétatif, à la perte d'une mère? quant à moi, je ne balance jamais. Je soumets à mes collègues mon opinion : libre à eux de blâmer ou de suivre mon exemple.

IBIDEM.

Anévrysme poplité. Diathèse anévrysmale. Amputation. Hémorrhagie, mort, autopsie; par M. Tagert, chirurgien à l'hôpital Mercer.

Un homme âgé de trente-quatre ans, délicat, est reçu le 24 novembre, pour être traité d'un anévrysme poplité. Il avait été d'abord militaire, puis employé à la garde de la police. A l'examen on trouve l'état suivant.

Anévrysme dans la région poplitée du côté gauche. Pulsations du cœur extraordinairement violentes. Hypertrophie manifeste du cœur. Toutes les artères battent avec une force extraordinaire et offrent partout un bruit de soufflet, ainsi que le cœur. Les poumons cependant paraissent sains; pas de toux. Dyspnée au moindre exercice. Sueurs nocturnes. Pouls 100, appétit bon, garderobes naturelles. Le malade accuse des palpitations de cœur depuis un an; oppression à la poitrine; quelquefois l'oppression devient intolérable par l'exercice corporel; des épistaxis depuis plusieurs mois; maigreur progressive.

Consultation avec les chirurgiens de l'hôpital. L'opération de la ligature est contre-indiquée, vu l'état diathésique général. Traitement de Valsalva. Le 5 décembre le malade sent quelque chose crever dans son jarret et éprouve une douleur intense: l'anévrysme est devenu diffus; la jambe acquiert un volume considérable; le malade ressent des douleurs vives; le mollet est considérablement gonflé et menace rupture; il est dur et luisant, noir sur quelques points, et de couleur mate; la chaleur du membre diminue; on ne peut pas sentir les pulsations de la tibiale extérieure; pouls fort et fréquent, battements violents du cœur; physionomie exprimant l'anxiété. L'amputation de la cuisse est jugée indispensable, elle est pratiquée sur-le-champ.

Lorsque l'artère fémorale a été divisée, elle bat violemment; on la lie fortement et on l'abandonne à elle-même; les pulsations qu'elle éprouve sont tellement violentes qu'elle sort à la surface du moignon, fait saillie sur la plaie et bat avec une force incroya-

ble. Plusieurs autres vaisseaux ayant été liés, le moignon a été laissé sans pansement pendant plusieurs heures, afin de s'assurer qu'aucune hémorrhagie ne surviendrait de la surface de la plaie. Quarante-huit heures après l'opération, le malade est cependant mort d'hémorrhagie secondaire. A l'examen on a trouvé que l'artère fémorale était perforée au-dessus de la ligature par une brèche qui permettait le passage d'une grosse sonde dans son tube. Les parois de ce vaisseau ne paraissaient aucunement malades. On a conclu, en conséquence, que cette rupture était due à la violence de l'action du cœur qui avait déchiré l'artère à l'endroit de la résistance de la ligature. Le cœur avait un volume double du naturel.

Ce fait prouve, dit l'auteur avec raison, que l'opération est contre-indiquée lorsqu'il y a une maladie au cœur ou que plusieurs anévrysmes existent en même temps. Il pense cependant que lorsque l'action du cœur n'est pas exaltée, la présence de deux anévrysmes n'est pas une contre-indication absolue à la ligature de l'artère. Il cite à l'appui le cas d'un homme qui a été reçu à l'hôpital pendant l'hiver de 1833-34, ayant un anévrysme dans chaque région poplitée, et que M. Collis a opéré avec succès en mettant un intervalle de six semaines entre les deux ligatures. (*Dublin medical Press*, 15 juillet.)

— Il est regrettable que dans la première de ces observations, l'auteur ait omis les détails essentiels sur les conditions physiques de la tumeur et l'état de la jambe amputée. On connaît, il est vrai, plusieurs exemples d'anévrysme poplité devenu diffus, de circonscrit qu'il était; mais ces faits ne sont encore qu'en petit nombre, et leur histoire offre plusieurs *desiderata* de quelqu'importance. On sait déjà depuis assez longtemps que la seule impulsion trop violente du courant sanguin suffit pour déchirer le vaisseau à l'endroit de la ligature : mais ne pourrait-on, dans ces cas, prévenir un pareil résultat à l'aide d'un compresseur en permanence vers le haut du membre, qui affaiblirait le courant principal et obligerait une partie du sang à se porter dans les collatérales? Peut-être que M. Tagert, n'aurait pas eu la douleur de voir son malade périr d'hémorrhagie si l'on eût eu recours à un pareil moyen. D'autre part, est-il prouvé que l'opération de l'anévrysme est contr'indiquée alors que le cœur s'offre à l'état d'hypertrophie? Ce précepte paraîtra probablement trop rigoureux à plusieurs praticiens; car que pourrait-on espérer en abandonnant le tout à la nature? Ne faut-il pas s'attendre tôt ou tard à la rupture du sac? Pourquoi donc l'amputation du membre, qui offre beaucoup plus de dangers, serait-elle plutôt permise que la ligature de l'artère? La thérapeutique possède d'ailleurs aujourd'hui des moyens énergiques pour abattre l'action excessive du cœur et permettre l'opération de l'anévrysme alors que des complications d'autre nature ne s'opposent pas à la ligature.

GAZETTE DES HÔPITAUX.— Août 1840.

Cas remarquable de fongus médullaire à la main, guéri sans amputation; par M. SIGNORONI, professeur de clinique chirurgicale à Padoue.

Une jeune femme portait depuis deux ans une tumeur sur le dos de la main gauche, s'étendant du bord antérieur de l'articulation carpo-cubitale à la racine des phalanges des quatre derniers doigts. Sa forme était indéterminable, sa surface irrégulière : ici aplatie, là élevée et convexe, à côté tuberculeuse. Sa base, fixée contre les os du poignet. Consistance variable ; dure sur quelques points, molle sur d'autres ; généralement élastique, au point de faire croire à une fluctuation. La peau qui la couvre est luisante, roussâtre, fortement tendue, sillonnée de veines dilatées et adhérentes à la masse morbide ; chaude comme celle des tumeurs érysipélateuses ; peu sensible au toucher. La malade y accuse quelquefois un sentiment de picottement ou de fourmillement.

La femme offre une constitution lymphatico-sanguine et scrofuleuse, chairs flasques ; derme onctueux et légèrement verdâtre ; cheveux noirs ; yeux languissants ; pupille dilatée ; iris brun ; sclérotique azurée; système veineux périphérique très-développé.

La nature de la tumeur est très-manifeste : les chirurgiens appelés en consultation y ont tous reconnu un fongus médullaire (tumeur encéphaloïde) ; leur pronostic a été fâcheux ; ils ont proposé l'amputation de l'avant-bras et en même temps exprimé la crainte d'une récidive. La malade cependant s'est refusée à l'opération. En conséquence M. Signoroni a dû viser à la simple excision de la tumeur, à laquelle la malade consentait. Il était urgent d'opérer, car la végétation faisait des progrès rapides.

Une incision circulaire a cerné la base de la tumeur. La peau a été disséquée ainsi que le fascia sous-jacent. La masse encéphaloïde, mise à nu, a été enlevée par fragments; elle était tout à fait médullaire; les tendons ont été ménagés et raclés à l'aide de la rugine crânienne. Il en est résulté une plaie considérable, parfaitement nette, l'opérateur ayant mis un soin minutieux dans l'enlèvement des dernières racines du tissu morbide. Pansement par seconde intention.

Au bout de trois mois, la plaie était presque cicatrisée, lorsque deux grosses végétations se sont montrées vers son fond, ayant tous les caractères des tumeurs encéphaloïdes.

Excision. Quelque temps après, nouvelles végéta-

Digitized by Google

tions; cautérisation du fond de la plaie avec le fer incandescent. Il en est résulté une eschare énorme, couvrant tout le dos de la main, et s'étendant profondément dans le poignet. Suppuration abondante; granulation franche; cicatrisation prompte.

Depuis le mois de septembre 1836, époque de l'*exeat* de la malade jusqu'aujourd'hui, la cure ne s'est pas démentie un seul instant, et la femme continue encore à présent à jouir des bienfaits de l'opération.

Examinée après la cure, la main paraît rétrécie dans son diamètre transverse; les doigts du milieu sont rétractés; mais le pouce est libre, ainsi que l'articulation du poignet. La femme se sert parfaitement de ce membre.

(*Memoriale della Medicina contemporanea, stampato in Venezzia,* juillet 1840.)

—Dans les considérations dont M. Signoroni accompagne ce fait, l'auteur paraît attacher beaucoup d'importance à l'action du feu pour la destruction radicale de ces sortes de végétations. Il pense que la reproduction tient ordinairement à l'enlèvement inexact de la masse morbide, et que le calorique, racornissant, carbonisant toutes les molécules cachées, en prévient la récidive. Malheureusement il n'en est rien; la récidive n'arrive pas toujours sur le lieu de la cicatrice. L'amputation elle-même du membre ne met pas toujours à l'abri de cet événement. C'est que le mal ne tient propablement pas à des conditions de localité. Quoi qu'il en soit, le fait ci-dessus n'est pas moins digne d'attention sous plusieurs rapports.

IBIDEM.

Cas de gangrène sèche chez un enfant de trois ans et demi; par SAMUEL SOLLY.

Chez un garçon de trois ans on vit les pieds prendre une couleur purpurine noirâtre puis des eschares venir bientôt séparer au pied gauche le mort du vif, et procéder en quatre mois à l'amputation des parties gangrénées. Trois mois après l'apparition de ces phénomènes, la gangrène sèche se montra aussi aux extrémités supérieures; mais M. Solly n'ayant été appelé que deux mois après les premiers accidents, ne peut nous tracer que ce qu'il a vu. L'avant-bras droit, dit-il, avait été partiellement détaché du membre supérieur, près de l'articulation du coude, par les seuls efforts de la nature. Voici comment elle y avait procédé. Le radius s'était désarticulé, et le cubitus s'était divisé un peu plus bas par une sorte d'absorption ulcérative. L'eschare s'était étendue au-dessus du bras, où la nature paraissait s'essayer à une seconde amputation.

Tout le membre supérieur gauche, à partir de la partie moyenne du bras, était en état de gangrène sèche, et on commençait à y apercevoir une ligne de démarcation entre les parties mortes et les parties vives.

Le pied gauche s'était complétement séparé de la jambe au-dessus du coude-peid, emportant avec lui les deux malléoles, laissant à nu les deux extrémités osseuses et les parties molles recouvertes de granulations charnues en bon état.

Au pied droit, amputation pareille des phalanges des deuxième et troisième orteils. Les moignons paraissaient bien cicatrisés; mais malheureusement il commençait à se montrer des taches noirâtres au mollet et au genou.

Telles étaient les mutilations que la gangrène sèche avait opérées sur cet enfant lorsqu'il fut présenté à M. Solly. Les artères carotides offraient cent quarante pulsations faibles, mollasses, mais cependant distinctes à l'œil. Les battements du cœur étaient faibles aussi et sans mélange de souffle. La mère avait observé que, pendant le calme de la nuit, les bruits du cœur ressemblaient au cliquetis d'une montre. L'intelligence était en très-bon état chez cet enfant qui, malgré ses horribles mutilations, était parfaitement tranquille et content de son sort, ne se plaignant que de sensations générales de froid, à moins qu'il ne fût très-près du feu.

Trois mois après, la nature, sans d'autre secours que des moyens internes appropriés, avait amputé les trois extrémités et formé des moignons qu'eût pu envier le chirurgien. Au bras droit, le moignon était en aussi bon état que possible. Au bras gauche, l'os faisait une légère saillie, mais qui diminuait tous les jours par l'effet de l'absorption. Le moignon de la jambe gauche était presque cicatrisé, et il ne restait qu'une très-légère saillie granuleuse au bout de l'os. La santé générale s'était améliorée, le moral se soutenait très-bien, et les douleurs étaient presque nulles.

JOURNAL DES CONN. MÉD.-CHIR.—Juin 1840.

Sur le diagnostic différentiel des tumeurs dont le caractère pathognomonique est la fluctuation; par le docteur A. THIERRY.

La fluctuation est le signe pathognomonique de l'épanchement d'un fluide quelconque: pour la produire et la percevoir, on presse alternativement avec l'extrémité des doigts des deux mains, les endroits opposés de la tumeur fluctuante. Si la tumeur est assez volumineuse, on appliquera la face palmaire de la main tout entière sur un des points de la tu-

Digitized by Google

meur, et avec l'autre main, on imprimera au point opposé, de petites secousses brusques et répétées.

Dans les tumeurs superficielles, il est facile de reconnaître la fluctuation : dans les tumeurs situées profondément, souvent on n'obtient qu'une impression confuse. Dans les observations qui servent de base à ce travail, il ne s'agit que de la fluctuation fournie par du liquide. Des mains exercées reconnaissent assez facilement le phénomène de la fluctuation, mais est-il un moyen de préciser la nature du liquide qui donne cette impression? Quelle différence existe-t-il entre une collection de pus, de sang rouge ou noir, de bile, d'urine et d'hydatides? Certes le développement des tumeurs, le bruit qu'on entend dans quelques-unes, le craquement que l'on peut apprécier par le toucher, la résistance inégale que l'on ressent dans les autres, peuvent servir à éclairer ce point de diagnostic. Quelles que soient l'habitude et l'expérience du chirurgien, il arrive souvent qu'il se trompe dans ses prévisions, parce que l'art n'est pas tout entier dans les livres, et qu'un fait ne se produisant jamais sous la même forme, il doit arriver souvent des circonstances imprévues. En chirurgie il faut toujours s'attendre à rencontrer l'exception : aussi est-il indiqué, pour éclairer ses doutes, de pratiquer, comme moyen d'investigation, une ponction exploratrice. Il est bien entendu que je ne parle ici que des cas douteux, car il ne faut pas tomber dans un excès de prudence blâmable, et ne pas oser donner un coup de bistouri sans avoir fait une ponction exploratrice : il faut en cela ne pas dédaigner les préceptes des chirurgiens qui sont venus avant nous.

Obs. I. — Il y a dix ans, j'enlevai une tumeur, du volume de la moitié du poing, et de nature cancéreuse, sur le nez d'un homme de soixante ans, d'une bonne constitution. Pendant un an, il ne se sentit de rien, la plaie était cicatrisée, il vaquait à ses affaires : il vint me consulter pour une douleur qu'il éprouvait dans les reins. Cette douleur était vive, lancinante; deux mois après, une tumeur profonde s'était développée dans la région lombaire gauche : elle fournissait une fluctuation obscure. Cinq mois après la fluctuation était plus manifeste. Ce malade vit la plupart des chirurgiens de Paris : les uns furent d'avis que c'était un abcès froid symptomatique, ils conseillèrent l'application de quelques morceaux de potasse, pour entretenir des cautères; d'autres furent d'avis que c'était un fungus hématode, une variété de l'affection cancéreuse. Dans une consultation dont faisaient partie MM. Marjolin, Lafond et Thierry père, on décida qu'une ponction exploratrice serait pratiquée. Un bistouri étroit fut plongé dans la tumeur ; en le retirant un jet de sang rouge continu, sortit par la petite plaie. Après avoir reçu dans un vase 500 grammes (quatre palettes) de sang, prenant une épingle et la passant entre les lèvres de la plaie, j'établis une suture entortillée : l'écoulement de sang fut arrêté. Le lendemain, l'épingle fut retirée; la plaie était cicatrisée. Le malade s'amaigrissant, ses douleurs devenant plus vives, le dévoiement plus abondant et plus opiniâtre, il succomba quatre mois après. Il me suffit de dire, que nous avions affaire à un fongus hématode, environné d'une membrane d'apparence séreuse et baignant dans 1000 grammes de sang, de couleur lie de vin.

Obs. II. — Il y a cinq ans, je fus appelé chez un homme, de 35 ans, d'une bonne constitution. Cet homme depuis quatre ans, portait à la partie antérieure et supérieure de la région inguinale droite, une tumeur du volume des deux poings, sur laquelle on avait appliqué un morceau de potasse caustique, qui avait fait une eschare large à peu près comme une pièce de cinq francs ; à la chute de cette eschare, une hémorrhagie abondante avait eu lieu. Une compression très-forte et circulaire l'avait suspendue : deux jours après cette compression, *je vis* le malade. Je le trouvai dans un état très-alarmant : il avait eu du frisson, du délire et de la fièvre, il était évidemment sous l'influence d'une résorption gangréneuse ou purulente. Je levai immédiatement l'appareil compressif : l'ouverture, résultat de l'eschare, était bouchée par un tampon de charpie ; on ne rencontrait de battement ni au-dessus ni au-dessous de la tumeur. La charpie qui bouchait l'ouverture étant retirée, il s'écoula une certaine quantité de sang lie de vin ; puis introduisant mon doigt, je sentis une tumeur oblongue, saignant facilement. Un pansement simple fut fait ; la peau de la cuisse était couverte de phlyctènes, de stries rouges et livides ; le pouls était tendu, le malade vomissait à des intervalles très-rapprochés. Trois jours après ma visite, ce malade mourut, et en examinant la tumeur, après avoir divisé la peau, je rencontrai une masse spongieuse et vasculaire, adhérente aux parois de la veine crurale, communiquant avec elle : la veine du reste était oblitérée par un long caillot.

Obs. III. — L..., postillon, âgé de 37 ans, reçut le 26 mai 1837, une volée de coups de pied de cheval dans le ventre : il fut relevé sans connaissance, et transporté à Courbevoie, dans une chambre voisine de l'endroit où il avait éprouvé cet accident. On lui appliqua trente sangsues : il resta pendant un mois souffrant du ventre, recouvrant graduellement l'exercice de toutes ses fonctions. Il était resté quatre jours sans pouvoir être transporté. Six semaines après cet accident, son ventre augmenta de volume : le malade, malgré les narcotiques, ne pouvait ni dormir, ni boire, ni manger. Il éprouvait des douleurs atroces : le pouls était petit, il vomis-

sait ce qu'il prenait. Pendant les trois mois qui suivirent son accident, il n'éprouva ni fièvre, ni frisson. Le 23 août 1837, nous examinâmes ce malade, avec M. Blandin et mon père; il était facile de reconnaître une fluctuation qui s'étendait dans toute la région épigastrique et dans l'hypocondre gauche. Du reste, la masse de liquide était soulevée par un battement artériel, et en mettant l'oreille sur la tumeur, on percevait distinctement les mouvements qui s'opèrent dans la circulation artérielle, mais il semblait qu'une couche de liquide très-abondante était placée entre le vaisseau et l'oreille; la tumeur n'avait point de mouvement d'expansion. J'émis l'opinion de donner à l'aide d'un trois-quarts, un écoulement au liquide, pensant que la compression de l'estomac était la principale cause des accidents qu'éprouvait ce malade : mon avis, bien que trouvé un peu téméraire, fut partagé. Deux morceaux de potasse furent appliqués, à peu près à un décimètre l'un de l'autre, pour déterminer une inflammation adhésive des parties sous-jacentes : ces morceaux de potasse produisirent des eschares qui comprenaient la peau seulement et qui par conséquent n'avaient point réuni le feuillet viscéral du péritoine avec son feuillet pariétal. Le 28 août 1837, une ponction fut faite, avec un trois-quarts à robinet, et par sa canule, il s'écoula cinq kilogrammes de liquide, légèrement citrin.

Le malade fut soulagé, mangea et sortit se promener dès le lendemain. Cette amélioration dura peu : le volume du ventre augmenta de nouveau, et avec lui des vomissements continuels, l'insomnie et des douleurs se reproduisirent. Le 15 septembre, ce malade ne pouvait quitter son lit : le 16, une deuxième ponction eut lieu; quatre kilogrammes et demi de liquide furent retirés. Le malade put recommencer à manger et à marcher. Du 16 septembre au 16 janvier, à des intervalles plus ou moins rapprochés, huit ponctions furent faites; la quantité de liquide diminuant toujours. Enfin L... reprit son travail et dans la nuit du mardi gras ayant conduit une diligence qui passe au Bourget, en conduisant ses chevaux à l'abreuvoir, il s'élança pour monter à cheval. La tumeur heurta le garrot du cheval, il se trouva mal, le pouls devint fréquent, petit, son visage se couvrit de sueur. J'arrivai dans la nuit, on avait été obligé de le transporter, à peine pouvait-il articuler un mot. On ne sentait pas de tumeur, le ventre était tendu et on pouvait facilement reconnaître une fluctuation assez manifeste dans la cavité péritonéale. Les téguments de l'abdomen étaient tendus. Au bout de quatre jours, il fut transporté à Paris, huit jours après il reprit ses chevaux. A partir du mardi gras de l'année 1838 jusqu'au 28 juillet de la même année, dix fois cette tumeur fluctuante qui se concentrait vers la région épigastrique, en diminuant s'était rompue et avait donné lieu à des symptômes analogues à ceux que j'avais observés dans la nuit du 21 février. Le 28 juillet, la tumeur se développa plus qu'à l'ordinaire. L... fut obligé de se mettre au lit, les vomissements se succédèrent et le 28 juillet de l'année 1838, je lui pratiquai une dernière fois la ponction; un kilogramme de liquide fut retiré par la canule du trois-quarts. Ce fut la onzième et dernière ponction. A partir du 28 juillet jusqu'au 11 août 1839, la tumeur se rompit douze fois, toujours en déterminant moins de douleurs, exigeant un repos moins, long.

Depuis cette époque L... se porte bien.

Après chaque rupture on lui appliquait des compresses imbibées dans une décoction d'herbes émollientes soutenues par un bandage compressif.

Obs. IV. — Le nommé Fl. conducteur de diligence, âgé de 34 ans, s'était toujours bien porté. Au commencement de l'année 1839 il sentit une douleur vive dans la région lombaire gauche. Peu à peu une tumeur énorme enveloppa toute l'articulation coxo-fémorale, le fémur et le grand trochanter. Elle était très-saillante, surtout à la partie interne de la cuisse, elle s'étendait jusqu'à son tiers inférieur; dans plusieurs endroits, elle présentait une fluctuation manifeste mais restreinte à quelques parties de la tumeur. Ce malade avait consulté MM. Sedillot et Marjolin, qui après lui avoir ordonné des frictions avec de l'onguent napolitain, des vésicatoires volants, puis avaient parlé de l'application d'un ou de plusieurs morceaux de potasse caustique. Le malade maigrissait, il avait de la diarrhée, de la fièvre; le soir, à peine si on pouvait l'entendre parler.

Le 22 septembre 1839, il fut visité par mon père qui lui appliqua autour de l'articulation un large emplâtre fondant, il lui prescrivit une portion calmante et de l'eau de riz gommé; le 8 octobre, il appliqua à la partie inférieure et interne de la cuisse un morceau de potasse caustique. Le 9 on pansa le malade. L'emplâtre fondant fut remplacé par un cataplasme émollient, une ponction sur l'eschare fut faite avec la pointe d'un bistouri, il sortit de cinq à six onces de sang noir, faisant l'arcade comme dans une saignée du bras. Le sang s'arrêta de lui-même et n'a plus reparu. Le 30 octobre, je vis le malade pour la première fois, on ne pouvait percevoir les battements de l'artère fémorale, le malade était souffrant, la fluctuation qu'on reconnaissait dans quelques parties de la tumeur était bornée, et les différentes poches fluctuantes ne communiquaient pas les unes avec les autres.

Le malade éprouvait des douleurs lancinantes. Je pensai que la tumeur était de nature cancéreuse et que çà et là existaient des foyers sanguins. Le 27

Digitized by Google

novembre, une consultation eut lieu entre MM. Miel, Nelaton, mon père et moi; l'un de nous, M. Miel voulait qu'on incisât la tumeur, les autres consultants s'y opposèrent. Le 30. je revis le malade, ses forces l'abandonnaient. Le 18 décembre, une dernière consultation eut lieu avec M. J. Cloquet, il ne fut pas d'avis d'ouvrir ces points fluctuants, il conseilla l'opium. La diarrhée augmentant, la fièvre devenant continue, des sueurs survinrent, enfin le malade mourut le 11 janvier 1840.

Quelques jours avant la mort une eschare s'était détachée de la tumeur; celle-ci sous forme de champignon spongieux faisait irruption au dehors. Il nous a été permis de vérifier la nature de la tumeur, et nous n'avions pas été trompés dans nos prévisions. D'après ce qui est arrivé après la ponction faite à travers l'eschare qui s'est cicatrisée, parce que toute l'épaisseur de la peau n'avait point été frappée par la potasse, et le fait rapporté dans la deuxième observation, dans l'un et dans l'autre de ces cas, n'est-on pas autorisé à penser qu'on aurait mieux fait de pratiquer une ponction exploratrice plutôt que d'appliquer un morceau de potasse.

Il faut admettre en principe qu'il est très-difficile de distinguer dans une tumeur fluctuante, le sang du pus, le pus de la sérosité, la sérosité de la bile; que dans la plupart des cas, pour éclairer son diagnostic, bien que l'on ait employé la percussion et l'auscultation, il faut avoir recours à une ponction *exploratrice*.

La ponction exploratrice doit être faite avec un bistouri étroit, avec un trois-quarts, ou avec une sonde cannelée pointue, très-fine.

Ces ponctions doivent être faites de manière à ce que l'air ne pénètre pas dans le foyer, ce qu'on peut éviter, en détruisant le parallélisme qui existe entre l'ouverture de la peau et celle de la tumeur.

Avant d'employer la potasse caustique, il est nécessaire de faire une ponction exploratrice, parce que la chute d'une eschare peut ouvrir un foyer sanguin, et faire qu'on se rende maître difficilement d'une hémorrhagie grave.

L'emploi de la potasse n'établit pas toujours une adhérence entre la peau et les menbranes séreuses sous-jacentes. Par des expériences sur des animaux vivants, il est facile de démontrer l'infidélité de ce moyen.

Enfin si l'on veut employer la potasse caustique, pour modifier la vitalité d'un abcès froid douteux, avant d'avoir recours à ce moyen, il est nécessaire d'employer une ponction exploratrice. Dans le cas où l'instrument avec lequel on pratiquerait cette opération, aurait pénétré dans un foyer sanguin, il serait facile d'arrêter l'écoulement du sang, soit à l'aide de la suture entortillée des vétérinaires, soit à l'aide de la suture plus récente de M. Boyer.

La ponction exploratrice ne doit être employée que lorsqu'il est indiqué d'éclairer la thérapeutique des tumeurs contenant un liquide, dont on ne peut pas déterminer la nature. Un chirurgien ne doit pas oublier qu'il doit agir toujours dans le but de soulager, et qu'une vaine curiosité ne doit jamais légitimer sa conduite.

Quant à moi, je préfère les faits aux théories; je pense que la chirurgie existait avant nous et ne date pas de notre ère. Et certes qu'entre les doctrines et les traditions scientifiques représentées par l'autorité des maîtres et le libre arbitre pris dans le sens le plus absolu, il est un critérium : c'est la pratique même de l'art. Il faut donc, dans une science d'observation telle que la chirurgie, avoir beaucoup vu par soi-même, avant de donner son opinion. A propos de la science de Hunter, de Scarpa, de Boyer et de Dupuytren, il ne convient pas d'invoquer les théories philosophiques de Bacon et de Descartes; et quelle que soit l'importance des idées et des faits qu'on expose sous sa responsabilité personnelle, il n'est jamais sage de nier le passé tout entier.

Je suis loin de dédaigner ou de méconnaître l'autorité de la philosophie, car pour moi la philosophie est un développement nécessaire de la pensée humaine. Mais à côté de la philosophie, chemine l'art qui ne s'explique pas tout entier, qui meurt pour renaître, et qui en mourant garde une partie de son secret. Le rôle du philosophe et le rôle du praticien sont deux rôles profondément distincts, qu'on ne peut confondre impunément : il est donc nécessaire, tandis que les uns généralisent et dissertent, que d'autres voient et agissent.

L'Expérience. — Août 1840.

Du ballottement considéré comme moyen de diagnostic des tumeurs abdominales; mémoire lu à la Société de médecine par M. Fournet, chef de clinique de la Faculté, ancien interne des hôpitaux, etc.

Si le foie ou la rate dépassent le rebord des côtes, si avec cette circonstance coïncide un épanchement séreux péritonéal assez considérable pour qu'une couche de liquide se trouve interposée entre l'un de ces viscères et la paroi abdominale, et si, dans cet état, la main appliquée sur cette paroi la déprime brusquement en la poussant du côté du viscère, la couche du liquide interposée est refoulée, le viscère et la paroi se heurtent, et la main qui a provoqué et suivi ces déplacements, reçoit une sensation de choc qui, répétée sur tous les points de la surface de

l'organe, permet d'apprécier les conditions physiques dans lesquelles il se trouve, et de préjuger ainsi la nature de ses altérations. Le même fait et les mêmes conséquences peuvent avoir lieu pour diverses tumeurs de l'abdomen, qu'elles soient constituées par quelques-uns des organes qui occupent cette cavité, ou qu'elles en soient indépendantes.

Suspendus au milieu de la masse du liquide épanché dans le péritone, le viscère ou la tumeur que nous supposons ressemblent d'autant plus au corps du fœtus, placé dans la cavité utérine, au milieu des eaux de l'amnois, qu'ils sont mobiles comme ce dernier, et peuvent alternativement se rapprocher ou s'éloigner de la paroi qui les renferme. De là l'expression de *ballottement* que nous empruntons à l'obstétrique : expression d'autant plus exacte, que, dans certaines circonstances, les deux mains, placées sur deux points opposés de la paroi abdominale, se renvoient, par une pression brusque et alternative, le choc du viscère ou de la tumeur, qui ballottent ainsi de l'une à l'autre. L'expression de ballottement et le moyen d'investigation qu'elle représente, réservés jusque-là à l'obstétrique, appartiennent donc à la science du diagnostic en général, et doivent trouver place, comme une division du toucher, à côté de la percussion, de l'inspection, de l'auscultation, etc. Ne nous attendons pas à trouver dans ce moyen toute la fécondité, l'étendue d'application et l'utilité des autres ; cependant, quelque faible qu'il soit, recevons son tribut.

Définition. — Le ballottement est ce moyen d'investigation applicable au diagnostic des tumeurs suspendues au milieu d'un liquide, dans une cavité à parois molles, par lequel, poussant l'une contre l'autre la paroi et la tumeur, on provoque et on recueille avec la main plusieurs chocs successifs qui servent à juger la forme extérieure, le volume, la densité, et par suite l'état organique de cette tumeur.

Le ballottement diffère du toucher proprement dit, de la succussion, de la fluctuation, de la percussion. Dans le toucher proprement dit, avec ou sans pression, l'impression reçue est immédiate, continue, sans choc. Dans le ballottement, la partie du sens du toucher appelée par les naturalistes sens de musculation, est surtout mise en jeu ; c'est l'opposé dans le toucher proprement dit. Dans le toucher continu, avec pression, le viscère, mobile, repoussé avec le liquide qui l'environne, fuit le contact médiat auquel on cherche à le soumettre ; dans le ballottement le but est rempli. La succussion ne s'adresse qu'au sens de l'ouïe, et, de même que la fluctuation, ne produit de choc que par une colonne de liquide. Le mécanisme de la percussion est aussi tout différent pour la part qu'y a le toucher ; le fait important des inégalités de la surface de l'organe lui échappe complétement, et elle ne nous instruit que d'une manière trop imparfaite de la densité, surtout dans le cas où l'organe est enveloppé dans une masse de liquide.

Conditions de production. — Dans l'état normal, on ne provoque et on ne perçoit sur aucun point de l'abdomen de sensation semblable au ballottement.

Plusieurs conditions sont nécessaires à la production de ce phénomène.

1° Parmi ces conditions, la première étant la souplesse des parois de la cavité où on recherche le ballottement, il en résulte que la cavité abdominale seule est accessible à ce moyen de diagnostic. Il faut que l'épanchement péritonéal ne soit pas tellement abondant que la paroi abdominale, trop fortement distendue, ne puisse être déprimée. Toutefois, nous avons pu produire le ballottement dans des cas où l'épanchement était fort considérable. Le malade doit être placé dans une position telle, que les muscles abdominaux soient dans le relâchement. Une grande obésité des parois abdominales nuit à l'exercice du ballottement, mais ne le rend pas impossible. L'endolorissement des régions de l'abdomen sur lesquelles on voudrait faire l'emploi de ce moyen pourrait obliger d'y renoncer, dans la crainte que les manœuvres qu'il nécessite augmentent la douleur. Mais cet obstacle est extrêmement rare dans les cas où l'on a lieu d'exercer le ballottement. Chez quelques individus, l'arc osso-cartilagineux, représenté par le bord inférieur de la cavité thoracique, est assez flexible pour que l'on puisse atteindre par le ballottement le foie ou la rate, bien que ces viscères ne dépassent pas le bord inférieur des côtes.

2° Mais en général, pour que le ballottement du foie et de la rate puisse être provoqué, il faut que ces organes soient descendus au-dessous du rebord costal inférieur, et se soient placés vis-à-vis un des points de la paroi abdominale antérieure, soit que ce changement de rapport résulte d'une hypertrophie, d'une dégénérescence de l'organe, soit qu'il tienne seulement à un abaissement anormal du diaphragme. Une très-forte inspiration, un épanchement pleurétique considérable, un pneumo-thorax, une disposition primitive anormale, certaines adhérences morbides, ont pu quelquefois produire ce dernier fait.

Il n'est pas rare que le foie ou la rate, *simplement hypertrophiés*, dépassent de plusieurs travers de doigt le rebord inférieur de la poitrine ; mais les grandes augmentations de volume de ces viscères, marchant surtout avec leur dégénérescence organique, c'est surtout à ce dernier ordre de faits que le ballottement est le plus souvent et le plus utilement applicable. En effet, tout étant égal d'ailleurs, les renseignements fournis par ce moyen de diagnostic sont d'autant plus précis, permettent d'autant mieux

Digitized by Google

de juger de la nature de l'altération, qu'il a pu être exercé sur une plus grande surface, c'est-à-dire que la tumeur morbide ou le viscère malade livrent à son exploration une surface plus étendue. Une autre raison rend plus fréquente l'application du ballottement aux cas de dégénérescence qu'aux cas de simple hypertrophie des viscères abdominaux, c'est l'épanchement séreux péritonéal qui accompagne les premiers plutôt que les seconds. En effet, l'une des conditions qui favorisent le plus l'exercice du ballottement, c'est la mobilité, la suspension de la tumeur dans la cavité abdominale; c'est la facilité qu'elle a d'abord à s'éloigner de la main qui la repousse, et ensuite à retomber sur elle; c'est la possibilité où se trouve l'observateur, de la rapprocher plus ou moins de la paroi abdominale par la position telle ou telle qu'il donne au malade. Plus le corps solide, organe, tumeur, suspendu derrière la paroi abdominale, est dense, pesant sous un volume donné, plus la sensation de choc que provoque le ballottement est distincte, plus sont utiles les renseignements qu'il peut fournir. Les formes convexes sont plus facilement appréciées que les formes planes ou déprimées.

3° Un contact trop immédiat entre la tumeur et la paroi abdominale, de même qu'un trop grand éloignement, empêchent le ballottement d'avoir lieu: dans le premier cas, la paroi et le corps solide placés derrière ne forment en quelque sorte qu'un même tout, il ne peut y avoir de production de choc entre eux, et le toucher devient continu. Nous avons déjà vu et nous verrons encore plus loin les désavantages de ce fait; dans le second cas, la dépression de la paroi abdominale ne saurait être assez grande pour aller atteindre le viscère ou la tumeur. Pour que le ballottement ait lieu, il convient que ceux-ci soient distants de quelques lignes au moins, et de deux pouces et demi à trois pouces au plus de la paroi abdominale. On se convaincra de l'exactitude de ce fait en recherchant ce qui a lieu dans quelques cas d'hypertrophie très-considérable du foie avec ascite: près du rebord costal, le foie est tellement rapproché de la paroi abdominale qu'il n'y a pas de ballottement possible; tout à fait en bas, il en est tellement éloigné que la paroi abdominale ne peut être déprimée assez pour l'atteindre; dans l'intermédiaire de ces deux points extrêmes, le ballottement est facile et le choc qu'il provoque d'autant plus sensible qu'on s'éloigne davantage des deux conditions opposées représentées par les parties supérieure et inférieure. Mais la mobilité de la tumeur ou du viscère ainsi suspendus dans la cavité abdominale permet de satisfaire dans presque tous les cas à cette troisième condition de production du ballottement; cette ressource est dans la position que l'on fait prendre au malade. En effet, l'organe malade, la tumeur morbide se rapprocheront ou s'éloigneront à volonté de la paroi abdominale antérieure ou latérale selon que le décubitus du malade sera tel ou tel. On peut ainsi, à son gré, rendre possible ou impossible le ballottement, on peut presque toujours, par cet artifice, se rendre maître de l'application de ce moyen de diagnostic, lors même que d'autres circonstances seraient défavorables à son emploi. Toutefois, avertissons qu'il est beaucoup plus difficile de disposer convenablement, par le décubitus du malade, les rapports entre la paroi abdominale et le solide sur lequel on veut exercer le ballottement, dans le cas où ce solide s'élève de la cavité du petit bassin que dans les cas où, suspendu à la voûte diaphragmatique, il descend des régions sous-costales. Les positions à faire prendre au malade dans le premier cas sont aussi plus gênantes.

4° L'existence d'un corps fluide, qui établisse entre la paroi abdominale et le viscère malade l'intervalle indispensable à leur mouvement de choc, qui fuie sous la pression des deux surfaces dont l'une est poussée vers l'autre, et qui facilite et permette leur choc, complète les conditions du ballottement. Cette dernière condition est remplie le plus ordinairement par un épanchement liquide dans l'abdomen; quelquefois par l'interposition d'une anse intestinale distendue par des liquides ou des gaz; nous avons même trouvé plusieurs fois ces deux circonstances réunies.

Un épanchement liquide dans l'abdomen, l'interposition d'une couche plus ou moins épaisse de liquide entre le corps soumis au ballottement et la paroi contre laquelle il vient heurter, est la condition la plus fréquente, parce qu'elle est une conséquence des altérations organiques qui sont l'occasion de l'emploi du ballottement, et la plus favorable, parce que, après le premier mouvement de choc qu'il a reçu et qui l'a repoussé, le viscère altéré tend à retomber sur la paroi abdominale que la main tient déprimée, et reproduit de dedans en dehors le choc qui avait eu lieu de dehors en dedans. Pris dans son acception médicale actuelle, au lieu de l'être dans son sens grammatical, le mot ballottement ne serait même applicable qu'au cas d'un épanchement liquide de l'abdomen, analogue de celui de l'amnios; mais le choc particulier que nous étudions peut encore se produire, quoique beaucoup plus difficilement, dans certains cas d'hypertrophie du foie et de la rate non accompagnée d'épanchement péritonéal; c'est le cas où une anse d'intestin, distendue par des gaz, s'interpose entre les deux surfaces dont on provoque le choc et fait sous ce double plan incliné que la main pousse l'un vers l'autre. Il est très-facile de distinguer ce cas-là à la sensation particulière que recueille la main, et quelquefois au bruit qui résulte du brusque déploiement des gaz intestinaux.

Digitized by Google

Ainsi, une paroi souple et modérément épaisse, un corps solide suspendu derrière elle, à peu de distance, l'intermédiaire d'un corps mobile qui puisse permettre le rapprochement et le choc entre les deux surfaces, telles sont les conditions favorables à la production du ballottement.

Siége. — Le moyen de diagnostic que nous décrivons est applicable à tous les points de la paroi abdominale antérieure, assez souples, assez dépressibles, pour qu'on puisse les pousser au contact d'une tumeur située derrière cette paroi; le foie et la rate augmentés de volume; les épiploons pris en masse plus ou moins solide; les anses intestinales épaissies, indurées, devenues cancéreuses; l'utérus développé par le produit de la conception ou par un polype, par un cancer volumineux; quelquefois la vessie épaissie et indurée en un point de ses parois; plus souvent les ovaires développés en tumeurs volumineuses, solides ou rénitentes; des tumeurs nées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et épanouies dans l'abdomen; très-rarement les reins accrus de volume et dégénérés; plus fréquemment des tumeurs ganglionaires nées dans le mésentère, adhérentes à la région vertébrale antérieure et mobiles par le reste de leur surface, peuvent fournir les conditions de production du ballottement. Mais, en général, ainsi que déjà on a pu le pressentir, le ballottement est d'autant moins facile et moins utile que les tumeurs abdominales que l'on cherche à explorer par ce moyen appartiennent à une région plus inférieure et plus profonde de cette cavité et qu'elles ont moins de mobilité.

Mode d'exécution. — Le ballottement peut être pratiqué à une ou à deux mains.

Pour le ballottement à une seule main, le malade qui réunit les conditions précédentes est placé dans une situation telle que la tumeur ou l'organe malade soient amenés à un degré de rapprochement convenable de la paroi abdominale : quelquefois debout, le plus ordinairement couché sur le dos et un peu sur le côté, ou bien un peu incliné en avant; dans tous les cas, de façon à ce que les muscles des parois abdominales soient laissés dans le relâchement. Cela étant, on applique, par leur face palmaire, deux à trois doigts réunis, sur le point de la paroi abdominale qui est à explorer, et on déprime brusquement; la main reçoit un choc, elle sent que le corps contre lequel elle a heurté s'éloigne d'elle dans ce moment, puis retombe sur la paroi abdominale que l'on a maintenue déprimée, et reproduit de dedans en dehors, mais moins prononcé, le choc qui avait eu lieu de dehors en dedans. On sent de plus très-bien, avant que le premier choc ne se produise, et dans le cas surtout où une épaisse couche de liquide est interposée entre les deux surfaces, que la paroi abdominale, poussée par la main, chasse au-devant d'elle un corps d'une résistance faible mais uniforme qui, dans sa fuite, occasionne une petite sensation tactile. Cette sensation, produite par le brusque déplacement de la couche de liquide interposée, ne s'effectue ordinairement pas à propos du second choc. Si, au lieu d'une couche de liquide, c'est une anse d'intestin qui occupe l'intervalle entre la tumeur et la paroi de l'abdomen, la sensation perçue est celle d'un corps mou, élastique, changeant de forme, qui fuit sous le choc pendant la pression et puis se replace dans le même lieu quand la main qui a déterminé le ballottement se relève; quelquefois un bruit de gaz déplacés vient confirmer la différence entre les deux cas.

Le choc en retour ne se produit que dans les cas où le corps solide dont on provoque le ballottement est d'une certaine densité, est suspendu au milieu d'une couche assez épaisse de liquide, est très-mobile, et est ramené par sa pesanteur sur le point de la paroi abdominale que l'on maintient déprimée et où la main attend sa chute. Cette dernière circonstance dépend de la position qu'on a donnée au malade, et du siége, du lieu d'origine de la tumeur.

Le ballottement à deux mains ressemble plus complétement au ballottement fœtal décrit par les accoucheurs. Il diffère du précédent en ce que les deux mains, appliquées aux deux extrémités d'une ligne dans laquelle l'organe malade se trouve compris et au milieu de laquelle il est suspendu, se le renvoient mutuellement et en reçoivent le choc alternatif. Ce procédé ne permet pas de varier autant que l'autre la position du malade; par exemple, il s'accommode moins du décubitus latéral, exige pour son application un volume assez considérable, une position assez superficielle, une grande mobilité de la tumeur, qui doit, de plus, être accessible au choc de la main, par deux points opposés de sa surface. Ce procédé est donc plus restreint dans son emploi, mais il fournit des données plus précises que l'autre sur le degré de densité, le volume et le point d'origine de la tumeur sur laquelle s'exerce le ballottement. Quoi qu'il en soit, le premier procédé est d'un usage beaucoup plus facile et plus fréquent. Dans l'un ou l'autre mode, on répète sur tous les points de la surface à explorer accessible au ballottement, l'une ou l'autre des manœuvres précédentes, et comparant les notions acquises sur ces divers points, on en tire les conséquences diagnostiques que nous allons voir.

Suivant que l'on veut seulement constater la présence d'une tumeur vis-à-vis un point donné de la paroi abdominale, ou bien apprécier l'état de sa surface, etc., on multiplie plus ou moins ses recherches, on détermine un choc plus ou moins lent ou rapide, avec un seul ou deux doigts, ou bien avec toute une main, ou même les deux mains étalées en

Digitized by Google

surface; on retire la main après le premier choc, ou bien on la pousse au-devant de la tumeur qui retombe sur la paroi abdominale, afin de prolonger le contact qui doit instruire de la forme de la tumeur; on varie la position du malade, pour que chaque partie de l'organe, d'abord trop rapprochée ou trop éloignée de la paroi abdominale, puisse à son tour s'offrir au ballottement. Au lieu d'appliquer la main et puis d'affaisser la paroi abdominale, on peut, par un simple choc sur cette paroi, aller heurter la tumeur sous-jacente, mais, outre que ce moyen est souvent douloureux pour le malade, moins facile pour l'observateur, il donne un ballottement moins net, n'est applicable qu'à un petit nombre de cas, ne permet de juger que de la présence de l'organe et non pas de son volume, de sa densité, de l'état lisse ou bosselé de sa surface.

Conséquences diagnostiques. — La sensation de choc que fournit le ballottement varie selon les diverses conditions anatomiques des viscères, des tumeurs accessibles à ce mode d'exploration; de là la valeur séméiologique de ces sensations.

Si la tumeur est solide, dense, compacte, la sensation de choc est vive, nette, et la main, la pulpe des doigts surtout, en éprouvent une sorte de contusion. Cela est, par exemple, dans l'hypertrophie du foie avec conservation de sa densité et de sa fermeté naturelles; dans les dégénérescences de la rate avec augmentation de sa consistance; dans la réunion des épiploons en une ou plusieurs plaques solides et dures.

La tumeur, quoique solide, est-elle molle, flasque, sans dureté? Elle semble s'affaisser sous le choc, qui donne plus ou moins la sensation d'une masse pâteuse; le contact entre les deux surfaces semble se prolonger; il n'y a pas de choc en retour, ou il est à peine sensible. Il en est ainsi dans les cas de foie gras, dans les cas où la rate est à la fois augmentée de volume et ramollie.

Si la tumeur est liquide, mobile, formée par une poche fortement distendue, comme dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, elle détermine un choc bref, accompagné de la sensation d'élasticité, mais sans dureté; sa fuite est rapide et son choc en retour bien distinct.

Si la tumeur est moins rénittente, la poche moins distendue, comme dans quelques cas d'accumulation de liquide dans l'estomac, dans les intestins, ou de vastes abcès sous-péritonéaux, accompagnés d'épanchement séreux abdominal, la sensation d'élasticité reste, mais avec l'impression particulière du déplacement d'une colonne de liquide proportionnée à la largeur du choc. La tumeur semble refluer sur les côtés, et il n'y a pas de choc en retour.

Quand la tumeur liquide sur laquelle s'exerce le choc du ballottement est constituée par un kyste en une réunion de kystes hydatiques, la sensation reçue par la main est toute particulière et ne saurait être mieux comparée qu'à celle que l'on produit en frappant de la main ou du doigt une poche pleine de mercure. Cette sensation ne peut être confondue avec aucune autre; il suffit qu'on ait eu une fois occasion de la constater pour ne jamais la méconnaître.

La tumeur que l'on explore par le ballottement est-elle formée alternativement de parties solides et de parties fluides, et cette disposition existe-t-elle à sa surface, on distingue fort bien, dans les chocs successifs que l'on provoque, les alternatives de sensations que nous venons de décrire. Nous avons constaté ce fait dans des cas où la surface du foie était parsemée de tumeurs encéphaloïdes ramollies, et dans un cas où des kystes hydatiques soulevaient quelques points de sa surface.

Si la tumeur est à surface lisse, plane ou régulièrement convexe, on en est averti par l'uniformité du résultat du ballottement sur les différents points de la surface de la main qui provoque et reçoit le choc, par la multiplicité des points du contact entre ces deux surfaces à chaque nouvelle épreuve; c'est la sensation reçue dans les cas de simple hypertrophie du foie et de la rate.

Si elle est inégale, bosselée ou déprimée dans plusieurs de ses points, cette disposition, serait-elle assez peu prononcée, est constatée par la comparaison des chocs successifs qu'a produits le ballottement, ou par un choc à large surface. Il suffit d'exprimer le fait sans le décrire.

On peut, au moyen de ballottements multipliés, reconnaître les limites et suivre les contours d'une tumeur dans ses parties les plus voisines de la paroi abdominale, ou dans celles que l'on peut en rapprocher par la position du malade. Moins de résistance au choc de la part de l'organe, à mesure que l'on avance vers une ligne au delà de laquelle il n'y a plus de choc possible, indique que l'organe ou la tumeur se sont amincis et qu'ils se terminent là par un bord de peu d'épaisseur. On juge que ce bord est obtus, si la cessation du ballottement le long d'une certaine ligne n'a pas été précédée par une diminution graduelle de la sensation de résistance au choc. Nous avons vu ainsi plusieurs fois l'autopsie confirmer entièrement les limites et les dispositions extérieures que le ballottement avait fait reconnaître aux parties de la tumeur accessibles à ce moyen de diagnostic.

Le degré de mobilité de la tumeur est une des circonstances que l'on peut le mieux apprécier à l'aide du ballottement, et une de celles qui concourent heureusement à en faire découvrir la nature; selon le degré de cette mobilité, selon le sens dans lequel le simple choc ou le double choc se produi-

Digitized by Google

sent le plus facilement, selon l'influence que la position du malade exerce sur tel ou tel de ces résultats, on est conduit à penser que la tumeur prend son origine dans tel point de l'abdomen, qu'elle est libre ou adhérente, qu'elle est retenue dans tel sens par telle partie de sa masse; or, ces notions, que souvent, il est vrai, le simple toucher ordinaire avec pression peut fournir, ne sont pas indifférentes au diagnostic.

L'appréciation du volume de la tumeur par le ballottement résulte du rapport entre le degré de sa mobilité, le degré de la sensation du choc que reçoit la main, et sa ligne de circonscription.

Ainsi, par le procédé que nous avons décrit, on peut déterminer la plupart des conditions physiques dans lesquelles se trouvent les tumeurs de l'abdomen accessibles au choc de ses parois. Mais ce ne sont là que des matériaux de diagnostic. C'est en réunissant ces diverses données, en les comparant, en demandant à l'observation antécédente, à l'anatomie pathologique, l'explication de l'alliance de telle circonstance avec telle autre, qu'on arrive par elles à soupçonner ou à découvrir la nature de l'altération qui constitue le corps solide soumis au ballottement.

Ainsi, vient-on à constater par le ballottement, dans la partie latérale antérieure et supérieure droite de l'abdomen, l'existence d'une masse dense, solide, mobile, à surface, surmontée de bosselures dont le choc est plus mou que celui des parties intermédiaires, sans offrir néanmoins l'impression d'une grande élasticité; ces bosselures sont-elles très-multipliées, inégalement résistantes sous le choc; la masse de la tumeur dépasse-t-elle de beaucoup les fausses côtes, un épanchement liquide occupe-t-il l'abdomen, on est conduit à penser qu'il existe une dégénérescence encéphaloïde du foie.

Si ces tumeurs rendent à la main qui les choque une vibration, un frémissement, semblables à ceux d'une poche pleine de mercure que l'on frappe sur un de ses points, c'est une dégénérescence hydatique.

Le foie ne dépasse-t-il que fort peu le rebord des côtes; le choc reçu par la main qui exerce le ballottement est-il très-prononcé, bref, sans affaissement du tissu autour du point qui a été heurté, avec impression de contusion de la pulpe des doigts, avec choc en retour; constate-t-on sur la surface de l'organe des inégalités larges et peu saillantes, les bords qui le circonscrivent résistent-ils autant que sa masse et suivent-ils une ligne irrégulière, ces circonstances coïncident-elles avec un épanchement abdominal, on devra, si d'autres raisons autorisent ce jugement, rejeter la pensée d'une simple hypertrophie du foie, et admettre celle d'une cyrrhose.

Le ballottement signale-t-il, dans les régions antérieure et latérale inférieure de l'abdomen, une tumeur à surface convexe et lisse, très-mobile, suivant une ligne dont l'extrémité adhérente, centre des mouvements, se dirige vers l'un des côtés du bassin, dont le choc est net et sans dureté, qui fuit rapidement et retombe bientôt en produisant un choc en retour de même nature que le précédent, que le ballottement à deux mains repousse alternativement comme une sorte de ballon pesant retenu par en bas, c'est une hydropisie enkystée de l'ovaire.

Si la main qui provoque le ballottement reçoit, à une faible distance de la paroi abdominale, sur la région antérieure du ventre, un choc inégal, restreint dans une petite surface au delà de laquelle il cesse, suivant une ligne fort irrégulière, quelquefois pour se reproduire, avec les mêmes caractères, à une faible distance, sur une surface également peu étendue, mais très-mobile, surface qui se déplace par une sorte de glissement latéral plutôt que par une fuite en sens direct du choc, surface qui bientôt vient se replacer au même point ou près de là, dont le choc rappelle celui des corps solides d'un faible volume, il est probable qu'on a affaire à l'un de ces cas dans lesquels le grand épiploon, dégénéré dans plusieurs de ses points, s'est replié sur lui-même, et représente çà et là des espèces de plaques solides à surface inégale, à contour fort irrégulier, qui surnagent au liquide épanché dans l'abdomen.

Le ballottement est-il absolument impossible sur aucun point de l'abdomen, de quelque manière qu'on varie la position du malade; et, en même temps, le ventre, volumineux, arrondi, comme cylindrique dans son segment antérieur, donne-t-il un toucher pâteux et uniforme, on a lieu de soupçonner l'existence d'adhérences générales, anciennes, entre la paroi abdominale et les viscères sous-jacents. Ordinairement alors d'autres raisons autorisent l'opinion d'une péritonite chronique.

Dans un cas de cancer du pylore et de la grande courbure de l'estomac, sous forme d'une plaque large, solide, irrégulière, formée en partie par les adhérences intestinales et épiploïques circonvoisines, accompagnée d'une distension assez considérable de l'estomac par des gaz et par des liquides, le ballottement exercé dans la région épigastrique fournissait, dans différents points de cette région, et selon la force avec laquelle on l'exécutait, trois sensations différentes; ainsi : un choc fort inégal, dur, résistant, avec impression d'un déplacement difficile, dans une surface irrégulièrement circonscrite, au delà de laquelle le choc devenait mou, très-faible, avec sentiment de reflux autour du point heurté, et s'accompagnait quelquefois d'un bruit de gaz déplacé. Il en pourrait être de même, sur d'au

Digitized by Google

tres points de l'abdomen, dans certains cas d'induration, de plaques cancéreuses des intestins.

Il est inutile de multiplier des exemples que la clinique reproduit chaque jour, et d'insister davantage sur des applications particulières qui seront toujours faciles à quiconque se sera exercé suffisamment au moyen du diagnostic que nous venons d'exposer, et se sera mis en état de reconnaître les diverses sensations que nous venons d'exprimer.

En résumé, le ballottement est un moyen d'investigation fort simple; nullement douloureux et fatigant pour le malade, d'un emploi facile à tout le monde, fondé sur des sensations familières à tous, dont l'interprétation est la même pour tous; d'une application très-fréquente et très-diverse, quoique limitée à la cavité abdominale; capable de nous fournir des notions précises sur l'état solide, liquide ou complexe; sur le degré de tension ou de densité, sur le volume, la mobilité, les adhérences, le point d'origine, la circonscription régulière ou irrégulière; la forme plane, convexe, déprimée ou bosselée des tumeurs de l'adomen placées dans des conditions telles que la paroi abdominale puisse être déplacée jusqu'à elles par un mouvement de choc.

Ce n'est pas que beaucoup des résultats que fournit le ballottement ne puissent être obtenus par les autres moyens d'investigation déjà en usage, comme le palper simple ou avec pression, la percussion, quelquefois la succussion abdominale. Mais outre que la plupart des indications qu'ils fournissent en commun sont au moins aussi précises de la part du ballottement, et qu'on n'a sous ce rapport aucune bonne raison de le négliger, il est d'autres circonstances où il fournit au diagnostic des notions qui lui sont propres, soit qu'elles dépendent du procédé en lui-même, ou seulement des conditions, peu favorables à l'emploi des autres moyens, où se trouvent les tumeurs à explorer; de même qu'il est nombre de circonstances où le ballottement n'est pas possible, et où le palper, la pression, la percussion suppléent heureusement à son défaut. Chaque jour la clinique montrera à l'observateur qui voudra comparer ces moyens d'investigation les cas où les notions insuffisantes, incertaines de l'un seront complétées et précisées par l'emploi de l'autre. Je me dispense de les indiquer, tant il sera facile à chacun de les reconnaître, tant on se trouvera naturellement amené à faire la part des uns et des autres. Aussi n'est-il pas question ici de supplanter un moyen par un autre, ni même d'établir sa prééminence, mais seulement d'offrir à la science du diagnostic le concours d'un moyen qui tantôt pourra lui fournir des notions dont elle était privée, tantôt rectifier ou rendre plus certaines celles qui lui viennent d'ailleurs.

Quelques personnes, peu disposées à admettre en médecine les utilités provisoires et indirectes, se demanderont peut-être ce qu'il résulte de ceci pour la thérapeutique des tumeurs de l'abdomen. Il n'en résulte rien de nouveau, sinon une faible part au tribut que le diagnostic paye à l'art de guérir; c'est-à-dire la possibilité de préjuger, mieux qu'on ne pouvait le faire dans quelques cas, le point de départ anatomique de certains états morbides, tels que l'hydropisie; c'est-à-dire des indications utiles, bien loin, il est vrai, de pouvoir toujours être remplies; mais la responsabilité en est-elle donc au diagnostic? Pour reprendre l'exemple précédent, la thérapeutique n'est déjà plus aussi aveugle et aussi impuissante depuis que le diagnostic a précisé divers états organiques desquels elle peut dépendre, et a appris à traiter, non l'hydropisie en général et en elle-même, mais à faire effort contre les causes organiques qui la produisent. Sachons attendre ce qui est de l'avenir, et ne repoussons pas ce que nous offre le présent; c'est par ces dons successifs que s'est constituée et que doit se compléter un jour notre science médicale.

Nous aurions pu faire suivre ce travail d'un certain nombre d'observations; mais comme tout ce que nous avons dit n'est autre chose que le résultat mis en ordre de nos observations, comme ces observations ont leur intérêt bien plus dans les affections qu'elles représentent que dans le moyen de diagnostic employé pour les étudier, comme il est indispensable à quiconque voudra s'occuper de ce sujet de recourir à la clinique, et que celle-ci présentera bien mieux que des observations les diverses variétés de faits que nous avons exposés, faits d'ailleurs très-simples, fréquents, faciles à constater, nous nous épargnerons une longueur et des répétitions qui ne pourraient avoir ni avantage ni intérêt.

Note historique. — La réserve de quelques-unes de nos expressions a dû faire voir que nous ne nous étions point exagéré l'importance du nouveau moyen d'exploration que nous offrons à la pratique. Toutefois, cette valeur est assez grande pour que nous ne puissions attribuer à la négligence qu'on aurait mise à le faire connaître, mais à l'absence complète de toute pensée qui y ait été relative, le silence que tous les ouvrages gardent à ce sujet.

Nous avons consulté tous les articles qui pouvaient avoir quelque rapport avec ce moyen d'investigation dans les dictionnaires de médecine en 60, en 21, en 15, en 25 vol.; tels que les articles ***abdomen***, ***ascite***, ***ballottement***, ***diagnostic***, ***épanchement***, ***examen***, ***exploration***, ***fluctuation***, ***foie***, ***investigation***, ***palpation***, ***percussion***, ***rate***, ***succussion***, ***séméiologie***. Nous avons consulté la séméiologie de M. Double, la Clinique de M. Andral, le Traité de diagnostic de M. Piorry, la Clinique de

Digitized by Google

M. Rostan, la Pathologie générale de M. Dubois d'Amiens, la Séméiotique de M. Landré-Beauvais, le Mémoire de M. Louis sur les abcès du foie, le Compendium de Médecine pratique de MM. Delaberge, Monneret et Fleury, et plusieurs publications spéciales sous forme de thèses ou d'articles de journaux sur le diagnostic des maladies de l'abdomen, et nous n'avons trouvé nulle part rien qui puisse faire penser que l'on ait déjà tiré parti du moyen de diagnostic que nous venons de faire connaître. Le toucher sous toutes ses formes, dans toutes ses applications, sauf celle dont nous nous occupons, a été parfaitement décrit dans plusieurs de ces publications, notamment dans celles de Dance, de MM. Andral, Chomel, Double, Piorry, Rostan. Bien des fois ces auteurs passent tout près du fait, semblent tout prêts de le saisir, mais partout leur esprit, distrait par les pensées ordinaires de l'histoire du toucher, néglige l'application que nous venons de proposer. Il en est de même des articles où il est question du ballottement fœtal; les auteurs de ces articles ne paraissent même pas avoir soupçonné qu'on pût appliquer au diagnostic des tumeurs de l'abdomen un moyen, qui, dans la pensée de tout le monde, était relégué dans le domaine tout spécial de l'obstétrique. C'est ainsi qu'au mot ballottement du Dictionnaire en 15 vol. on renvoie au mot accouchement. Aujourd'hui, comme on le voit, le mot ballottement mérite un article à part comme un moyen général d'investigation, de même que les mots percussion, auscultation, etc. M. le docteur Bright, qui vient de publier, sous le nom *Guy's hospital reports*, vol. 2, 3, 4, une série de mémoires fort intéressants sur le diagnostic des tumeurs abdominales, paraît ignorer aussi le moyen d'investigation qui fait le sujet de ce mémoire.

C'est à partir de 1836, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Andral, que nous avons fait entrer, avec quelques détails, dans nos observations, le ballottement des viscères abdominaux comme moyen de diagnostic des affections chroniques du ventre.

REVUE MÉDICALE. — Juin 1840.

Nouveau procédé pour la cure radicale de l'hydrocèle.

L'attention des chirurgiens a été dirigée tout récemment, par les travaux de M. Jules Guérin, sur les opérations qui peuvent être pratiquées avec une parfaite innocuité, lorsqu'on a soin de ne pas permettre le contact de l'air sur les parties divisées; autrement dit, lorsqu'à l'aide d'une simple ponction de la peau on pénètre au milieu des tissus que l'on divise largement, en ayant soin toujours de respecter l'enveloppe tégumentaire. La méthode sous-cutanée porte déjà ses fruits, et promet encore de féconds résultats.

De nombreux faits démontrent la valeur de cette méthode dans le traitement des infirmités les plus compliquées, et constamment ou presque constamment après les opérations les plus graves en apparence, on demeure étonné de ne rencontrer aucun symptôme indiquant une réaction inflammatoire quelconque. Entre les mains de plusieurs chirurgiens, la méthode des incisions sous-cutanées reçoit de nouvelles applications qui peuvent être adoptées à cause de l'absence de danger que présentent les expériences.

Déjà, dans ce journal, on a décrit un procédé né de cette méthode, et qui a été mis en usage par M. Velpeau, pour obtenir la cure radicale des hernies.

Aujourd'hui nous signalons une innovation heureuse introduite par M. Jobert dans le traitement de l'hydrocèle. Ce procédé, tel qu'il est exécuté par le chirurgien de Saint-Louis, nous paraît offrir de grands avantages : nous en parlerons; mais avant tout nous allons le décrire, en donnant l'observation d'un des malades qui a été opéré et guéri par la nouvelle méthode.

Observation. — Le malade qui fait le sujet de cette observation est entré à l'hôpital Saint-Louis le 22 juin 1840. Il a toujours joui d'une bonne santé; sa constitution est bonne; son tempérament est sanguin; il se nomme Jean-Frédéric Leydel, et il est âgé de cinquante ans. Il porte une tumeur des bourses siégeant à droite, et présentant tous les caractères les plus tranchés d'une hydrocèle simple. Le malade croit que cette affection s'est développée à la suite d'une contusion violente du testicule, contusion qui daterait de deux ans.

Ce malade était dans d'excellentes conditions; M. Jobert se décida à l'opérer le 22 juin, et voici comment il s'y prit. Sur la partie antérieure et moyenne de la tumeur, le chirurgien plongea perpendiculairement la pointe d'un bistouri droit à lame longue et effilée, présentant une largeur de 4 ou 5 millimètres; l'instrument était tenu de façon que le tranchant regardait en dedans et le dos en dehors. Quand la tunique vaginale fut percée, ce dont il s'aperçut facilement en voyant sortir quelques gouttes de sérosité. M. Jobert abaissa le manche de l'instrument de telle sorte que la pointe fut dirigée à peu près dans le sens du cordon testiculaire, et quand il eut atteint avec l'extrémité du bistouri le sommet de la tumeur, alors il fit exécuter à la lame une demi-rotation qui ramena le tranchant en avant,

Digitized by Google

comme si la peau devait être incisée. Ceci fait, le chirurgien, en retirant son bistouri en dehors, incisa d'arrière en avant et de haut en bas, avec la pointe du bistouri, la tunique vaginale depuis son sommet jusqu'au point où elle avait été ponctionnée avec la peau. Pendant que ce temps s'exécutait, les assistants purent entendre distinctement le craquement que produisait la section de la tunique vaginale. Quand le bistouri fut retiré complètement, l'opérateur immédiatement le replongea par la ponction première, et le dirigea en bas jusqu'à la partie la plus déclive; et procédant comme en haut, à cela près qu'il agissait de bas en haut, il incisa de même toute la partie inférieure de la tunique. Alors, par la petite ponction tout le liquide fut évacué, et un emplâtre de diachylon fut appliqué sur la plaie.

M. Jobert fit mettre sur les bourses des compresses imbibées d'une forte solution de sel ammoniaque.

Le malade avait à peine souffert pendant l'opération; seulement, lorsqu'on incisait la séreuse vaginale, il se manifestait d'une manière intermittente quelques douleurs, mais très-légères et locales, et dès le moment que l'opération fut terminée, elles cessèrent pour ne jamais reparaître.

Le lendemain de l'opération, aucun accident n'était survenu; on sentait avec le doigt sur le scrotum, à peine tuméfié, une petite dépression longitudinale indiquant le point où la tunique avait été divisée.

Le 25, le testicule avait son volume presque normal et était tout à fait indolore.

Le 1er juillet, le malade était dans un état parfait, c'est-à-dire qu'il n'était pas possible de constater la moindre différence entre les deux testicules.

Le 11, cet homme put partir; on l'avait conservé quelques jours dans la crainte qu'il ne survînt une récidive.

Voilà donc une méthode qui, outre qu'elle réussit promptement, ne détermine que très-peu de douleur, et seulement pendant l'opération. Les accidents consécutifs sont nuls; il n'y a pas même de réaction locale sensible. Quant au manuel opératoire, il est facile; le chirurgien suit de l'œil la pointe de l'instrument, et tandis qu'il s'assure que la peau n'est pas divisée son oreille lui indique si la tunique vaginale est coupée.

Jusqu'à ce jour, les faits observés dans la pratique de M. Jobert semblent très-favorables à cette méthode; un malade nouveau a été opéré il y a peu de jours, et son état est très-satisfaisant. Dans ce cas le chirurgien a fait en outre de l'incision longitudinale une incision transversale, ce qui peut-être donnera encore plus de certitude de réussir.

Quelques objections pourront être faites sur la valeur de ce procédé, mais nous sommes loin de le prôner d'une manière exclusive; nous admettons volontiers que de nouvelles expériences doivent être faites avant de se prononcer définitivement. Ce que nous constatons seulement, c'est que le petit nombre d'observations que nous possédons sur ce sujet paraît devoir faire juger la méthode d'une manière favorable : et, ce qui est précieux surtout, c'est qu'en aucune façon son usage ne compromet la santé des malades.

GAZETTE DES HÔPITAUX.—Juillet 1840.

Nouveau traitement de l'hydro-orchite et de l'hydrocèle; par M. BAUDENS.

Les chirurgiens dont la pratique est un peu étendue savent avec quelle désolante persévérance certaines orchites résistent à l'action des médicaments employés pour les combattre; de guerre lasse, ils se décident à l'ablation du testicule, dans la conviction qu'une dégénérescence squirrheuse de cet organe a pu seule paralyser les efforts d'une chirurgie éclairée; et souvent, en examinant la pièce pathologique, ils sont forcés de reconnaître une erreur de diagnostic.

Le grand nombre d'affections testiculaires qui s'offrent à la pratique des chirurgiens militaires a permis à M. Baudens de se livrer à des études approfondies sur ce sujet, et les succès journaliers qu'il obtient dans les cas d'orchites rebelles aux médicaments externes, nous font présumer qu'il est dans le vrai, qu'il a reconnu la véritable cause de l'insuccès.

D'après M. Baudens, les orchites non-squirrheuses qui résistent à tout traitement reconnaissent pour cause une complication d'hydrocèle, et il suffit qu'une couche de liquide épaisse de deux lignes sépare du dartos l'organe séminifère, pour que ce liquide, qui agit comme isolant, ne permette pas aux médicaments d'avoir une action directe sur cette glande. Souvent la tunique vaginale offre un grand degré de tension, bien qu'elle contienne peu de sérosité; cette sérosité, en s'interposant entre les bosselures du testicule, se dissimule, et à l'exception de celles qui règnent le long de l'épididyme, seul point où les saillies testiculaires se montrent dans tout leur relief, parce que la disposition de la séreuse ne permet pas au liquide d'arriver dans ce point.

D'après ces données, on conçoit qu'il importe souverainement, au point de vue du diagnostic comme à celui du traitement, de soustraire au préalable le liquide contenu dans la tunique vaginale.

M. Baudens ne s'est pas borné à émettre ces préceptes, dont on comprend de reste l'importance; il

Digitized by Google

fallait trouver le moyen de vider cette tunique séreuse sans léser l'organe qu'elle contient, ce qui ne pourrait avoir lieu à l'aide du trois-quarts, en pensant que bien souvent il existe une couche de liquide si peu sensible, qu'il est très-difficile, même avec de l'attention et de l'habitude, d'en constater la présence. Eh bien! quelles que soient les difficultés dont le diagnostic peut s'envelopper, M. Baudens est arrivé à un tel degré de précision qu'il lui est impossible de jamais blesser le testicule ou ses annexes. Son procédé opératoire repose sur l'acupuncture. Dans les premiers temps, il pratiquait l'acupuncture de la tumeur à l'aide de l'une de ces fortes épingles à grosse tête que les femmes mettent dans leurs cheveux. L'épingle, saisie entre le pouce et l'index de la main droite, doit être introduite par un mouvement de vrille sur le point le plus saillant de la tumeur, qui, elle-même, doit être embrassée de la main gauche, comme pour l'opération de l'hydrocèle. Une fois que la pointe de l'aiguille a pénétré entre les deux feuillets de la séreuse, on imprime à la partie libre de cette tige quelques mouvements dont la facilité indique assez qu'on est arrivé dans le sac; on engage l'aiguille de plus en plus en la dirigeant obliquement afin de passer à la surface du testicule, dont il est facile d'étudier la forme, la position, le volume. L'irritation que par cet examen on pourrait développer à volonté, loin de nuire, devrait peut-être, dans certains cas au moins, être recherchée comme moyen curatif, et pour remplacer l'irritation que l'on demande aux liquides injectés dans le traitement de l'hydrocèle. Jusqu'ici le chirurgien n'a encore employé que l'acupuncture comme moyen de reconnaissance et d'exploration; mais arrivé à ce temps de l'opération, M. Baudens fait ressortir la pointe de l'épingle vers le lieu le plus déclive de la tumeur et à cinq centimètres environ de l'ouverture d'entrée, absolument comme s'il voulait traverser la tunique vaginale avec un séton. Une anse de fil est immédiatement jetée entre les deux extrémités de l'epingle, afin de la fixer comme on fixe l'aiguille destinée au bec-de-lièvre.

Or, voici ce qui se passe: Pendant quatre jours on ne remarque, pour ainsi dire, aucun changement; mais vers cette époque l'épingle, qui était pincée par les téguments, est devenue libre et commence à jouer aisément. En comprimant la tumeur, quelques gouttes de sérosité s'écoulent par les plaies et au pourtour de l'épingle. Le lendemain ou le surlendemain on retire ce corps étranger, une fistule est établie et reste ouverte jusqu'à épuisement de la sérosité, qui chaque jour s'écoule de moins en moins. La sortie de ce liquide permet alors d'apprécier rigoureusement le volume du testicule qui, dès lors peut être attaqué, comme le fait M. Baudens, soit à l'aide de liniments huileux fortement camphrés, soit à l'aide d'onguent mercuriel simple ou camphré, soit enfin à l'aide de préparations iodurées simples ou combinées au plomb, ou bien encore au mercure. On peut de temps en temps recourir à quelques sangsues, à la compression, aux minoratifs. Tous ces moyens, heureusement combinés entre eux, sont presque toujours suivis de succès, et l'orchite, qui hier encore se montrait réfractaire à cette même médication, se laisse vaincre par elle aujourd'hui qu'elle n'est plus protégée par le liquide qui lui formait bouclier.

Ce traitement, employé sur le nommé L..., soldat au 10e léger et couché au no 3, salle 13 des blessés, qui, depuis quatre mois avait subi un traitement infructueux, avant que M. Baudens prît la direction du service, a été guéri, en moins d'un mois, d'une hydro-orchite pour laquelle il avait même subi une ponction avec le trois-quarts, sans qu'une seule goutte de sérosité se fût échappée par la canule.

Malgré ce succès remarquable, ou plutôt à cause de ce beau résultat, M. Baudens ayant compris que les quatre à cinq jours passés à atteindre la formation de la fistule étaient du temps perdu, a eu l'idée de faire couvrir l'épingle dont il se servait d'une canule comme celle du trois-quarts, avec cette différence toutefois que la canule qu'il emploie présente à sa partie centrale une ouverture de communication avec le canal qui règne dans son axe, de telle sorte qu'en la laissant à demeure dans la tunique séreuse après extraction faite de l'épingle, le liquide peut s'échapper sur-le-champ par les deux extrémités de la canule.

Ce procédé, à la fois simple et ingénieux, a déjà été employé dix fois par M. Baudens à l'hôpital du Gros-Caillou, et toujours avec succès; la moyenne de la durée du traitement a été de vingt-cinq jours. On conçoit qu'elle varie à raison de l'état pathologique du testicule.

M. Baudens a pensé qu'il pourrait employer le même moyen pour la cure radicale de l'hydrocèle simple. Deux tentatives ont été faites, et toutes deux avec succès. Dans un cas, la guérison radicale a eu lieu en huit jours; dans l'autre l'hydrocèle contenait 324 grammes de liquide, et la cure ne s'est opérée qu'après quinze jours. La canule était restée en place pendant six jours; retirée à cette époque, elle a donné lieu à une fistule qui s'est terminée en contractant des adhérences avec le testicule. Il est a remarquer que dans ce mode opératoire, il s'épanche très-peu de cette lymphe particulière et si abondante quand on a recours aux injections. C'est sans doute cette circonstance qui par le traitement de M. Baudens, abrége d'une manière si notable le temps nécessaire à la guérison

Digitized by

quand on a recours aux procédés journellement employés.

On conçoit combien ce nouveau mode opératoire est précieux surtout pour les malades dont la santé est tellement altérée que la crainte de provoquer le moindre trouble dans l'économie fait préférer le traitement palliatif au traitement curatif. Mais c'est dans ce traitement de l'hydrocèle congéniale, et principalement dans celui de l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique que l'opération à l'aide de l'instrument trois-quarts à acupuncture, imaginé par M. Baudens, recevra l'application la plus heureuse.

GAZ. DES HÔPITAUX.— Août 1840.

Mémoire sur l'emploi de la sonde airigne dans le traitement des fistules vésico-vaginales, lu à la Société de Médecine-pratique de Montpellier, le 15 juin 1840, par M. SERRE, professeur de clinique chirurgicale.

Nous supprimons dans l'article de M. Serre tout ce qui porte le caractère de personnalités. Nous passerons sous silence les nombreuses attaques dirigées contre M. Lallemand, qui tendraient à faire soupçonner la bonne foi de l'inventeur de la sonde airigne, et nous n'envisagerons cette question que sous le rapport purement scientifique.

M. Serre s'attache à prouver dans cet article que les faits rapportés par l'inventeur de la sonde airigne, en faveur de cet instrument, n'ont pas une authenticité nécessaire pour être admis dans la science, et que même la plupart d'entre eux sont contestables.

M. Serre attribue à cet instrument l'inconvénient d'exposer à la déchirure les parties qu'il embrasse, et d'agrandir ainsi l'étendue de la fistule. Il cite ensuite, à l'appui de cette assertion, un fait qu'il a observé avec M. Lallemand.

» Outre les inconvénients inhérents à cet instrument, il est bon que vous sachiez, dit M. Serre, qu'il a été pendant longtemps bien plus imparfait encore qu'il ne l'est aujourd'hui. Ainsi il a été une époque où la vis qui sert à faire sortir les griffes, étant continuellement en contact avec les urines, il se formait bientôt des incrustations salines sur cette partie de l'instrument, ce qui en rendait le jeu très-difficile.

» D'un autre côté, le boudin qui tend à refouler les parties génitales externes, de manière à fournir un point d'appui à l'instrument, a été reconnu insuffisant, et dès lors on a cherché à le remplacer par une plaque à curseur avec une vis de pression; c'est vous dire déjà que si, malgré ces deux changements que l'inventeur considère comme très-importants, la sonde airigne ne remplit que très-imparfaitement le but auquel on la destine, les services qu'elle a rendus pendant longtemps n'ont pas dû être grands, car ce n'est qu'au mois de mars 1839 que l'on a songé à faire subir à l'instrument cette dernière modification. »

M. Serre reproche encore à la sonde airigne de M. Lallemand la possibilité de se déplacer facilement, et l'inconvénient d'exposer les malades à des eschares au sacrum, par suite du décubitus prolongé.

La sonde airigne ne paraît point à M. Serre remplir l'office d'un instrument unissant. « C'est tout au plus si elle refoule ou rapproche les parties, tant bien que mal, encore même dans certaines limites.»

M. Serre ne croit pas non plus rationnel « d'admettre qu'une plaie, dont les bords ont été ravivés à l'aide du fer rouge ou du nitrate d'argent, soit susceptible de se prêter à l'inflammation adhésive, comme le feraient les lèvres d'une solution de continuité, que l'on aurait rendues saignantes par l'instrument tranchant. » Enfin l'application de la sonde airigne de M. Lallemand étant toujours accompagnée de nombreuses cautérisations, il sera impossible de décider auquel de ces deux moyens la guérison doit être attribuée.

GAZETTE MÉD. DE PARIS.—Août 1840.

Considérations sur la thérapeutique de l'ongle incarné, et son vrai traitement; par le docteur PAYAN, Chirurgien de l'hôpital d'Aix.

Rien n'est plus simple, en apparence, que la maladie connue sous le nom d'ongle incarné; et combien pourtant sont nombreux les procédés imaginés pour en amener la guérison ! Qu'il suffise de rappeler qu'Albucasis, Paul d'Égine, Fabrice d'Aquapendente, Desault, Pelletan, Boyer, Dupuytren, MM. Bréchet, Levrat-Perraton, Guilmot, Vésigné, Blandin, etc., en ont fait l'objet de leur attention, et ont tous émis des méthodes diverses de traitement ou des modifications de procédés pour en obtenir la curation. Et cependant on éprouve encore généralement un véritable embarras, lorsque quelque maladie de cette nature se présente dans la pratique, parce que, dans presque tous ces traitements conseillés, on ne trouve souvent qu'une lenteur désespérante sans certitude de guérison, ou que des moyens effrayants et presque cruels répugnent vivement la plupart des malades. Cet embarras, l'ayant éprouvé bien des fois moi-même et l'ayant vu partagé par les médecins divers avec lesquels j'ai été en contact, je me

Digitized by Google

suis demandé si on ne pourrait pas établir quelque chose de plus fixe qui améliorât la thérapeutique de cette maladie. Dans cette vue, j'ai mis à contribution quelques cas d'ongle incarné qui se sont présentés dans nos salles, et je me suis occupé de la recherche du procédé qui pourrait amener une guérison radicale, c'est-à-dire exempte de rechutes, en simplifiant le traitement et le rendant aussi court et aussi peu douloureux que possible. Ce but, je crois l'avoir atteint pleinement en agissant de la manière que j'indiquerai dans le courant de cet article.

Quand on étudie le mécanisme de l'ongle incarné ou rentré dans les chairs, on reconnaît sans peine que tout le mal provient généralement d'une direction vicieuse de l'ongle, qui, quelquefois peut être primitive, mais qui le plus souvent, pour ne pas dire toujours, est l'effet du refoulement des chairs par des chaussures trop étroites contre l'ongle lui-même. Les bords de celui-ci ainsi comprimés affectent une direction qui s'approche de plus en plus de la verticale, et se plongent réellement dans les chairs. Ils sont pour la partie du derme qui est immédiatement en contact avec eux un véritable foyer d'irritation, une épine réelle dont les chaussures, la marche, la fatigue accroissent l'action irritante. C'est alors que les chairs s'enflamment, se tuméfient, se laissent couper par le bord tranchant qui les presse, et de là des douleurs vives, quelquefois même insupportables, qui rendent souvent la marche impossible, et c'est pour faire cesser un pareil état que la thérapeutique chirurgicale a imaginé bien des procédés différents sur lesquels il ne sera pas oiseux de dire quelques mots.

C'est au redressement de l'ongle qu'on a d'abord visé dans un but curatif, parce que c'est l'indication qui se présentait la première à l'esprit des praticiens. On voyait la direction vicieuse de l'ongle et la perpendicularité de ses bords être la cause première de tous les accidents; quoi de plus naturel dès lors que de chercher à leur en imprimer une autre, en diminuant sa courbure exagérée? Aussi Albucasis et Paul d'Égine, qui déjà connaissaient cette maladie, faisaient-ils du soulèvement de l'ongle le fondement de leur traitement. Fabrice d'Aquapendente n'avait pas d'autre but dans le procédé qu'il avait adopté; et lorsque Desault, Richerand et d'autres proposaient plus tard, l'un sa lame de ferblanc étroite dont il introduisait une des extrémités sous le bord unguéal incarné, l'autre sa lame de plomb pour remplir le même but, ceux-ci de la charpie, du sparadrap, de l'éponge préparée, etc., en place de lames métalliques, ils ne faisaient que tendre au redressement de l'ongle et à modifier le procédé de Fabrice que, sans plus d'avantage, ils rendaient souvent plus douloureux. Nous avons été assez souvent en mesure de voir recourir à de pareils moyens; nous y avons eu recours aussi nous-même dans quelques circonstances, et nous avons pu nous informer ainsi, d'après notre propre pratique et celle des autres, combien cette méthode d'agir est défectueuse sous tous les rapports. Rien de plus douloureux d'abord que toutes ces tentatives employées pour passer des corps étrangers entre le bord unguéal enfoncé dans les chairs et ces chairs elles-mêmes. Il suffit, afin de le comprendre, de se rappeler que c'est à travers des tissus enflammés, ulcérés pour la plupart, que se font ces tentatives. Aussi ai-je vu quelquefois de véritables spasmes en être la suite. Si encore on arrivait par là à des cures certaines, on serait encouragé à exhorter à la patience; mais il n'en est point ainsi : rien de plus rare que les guérisons obtenues par ce moyen. Si de loin en loin quelque bien rare succès est mentionné, bien plus nombreux seraient les faits attestant qu'après trois, quatre mois et plus d'un traitement pareil tout à fait infructueux, on s'est vu obligé d'y renoncer. Nous ne savons si la double agrafe articulée qu'a proposée dans ces derniers temps M. Vésigné, et dont les deux pièces susceptibles de se rapprocher par une vis qui les unit sont chacune terminées par une extrémité recourbée en crochet pour saisir et relever les bords de l'ongle, répondra aux belles espérances qu'en a conçues l'auteur. Mais nous ne serions pas éloignés de croire que, s'il peut être utile dans quelques cas peu graves, ce procédé, qui aura toujours le tort d'être trop compliqué, devra rester inefficace dans le grand nombre. Aussi, quoique les divers moyens de redresser l'ongle soient encore assez fréquemment conseillés, on ne pourra manquer de leur reprocher lenteur extrême dans leur mode d'agir, douleurs parfois cruelles qu'on est obligé de reproduire aux divers pansements, et plus que cela encore, incertitude complète du résultat qu'on doit attendre. Peut-être même trouverait-on qu'au lieu de tendre vers la guérison, cette méthode ne servirait au contraire qu'à la rendre plus difficile, puisque, comme il est facile de s'en convaincre, en relevant le bord latéral de l'ongle, on déprime de plus en plus et on enfonce davantage sa partie qui correspond à sa matrice, de telle sorte que, quand on vient à abandonner le traitement, le bord de l'ongle vers sa base est souvent plus enfoncé qu'auparavant. Il est enfin une dernière raison qui ne me paraît pas avoir été encore mentionnée, et qui doit dans quelques cas être un obstacle insurmontable au redressement, c'est l'adhérence intime du bord rentrant avec le derme qui le touche, soit que celle-ci fût un effet du travail inflammatoire qui s'était opéré dans ces parties, soit que dans certains cas l'organe sécréteur de l'ongle s'étendît jusqu'au bord antérieur; j'ai rencontré tout récemment encore cette disposition dont je parle.

Que dirons-nous de la méthode de traitement qui

Digitized by Google

tend à corriger directement la trop grande largeur de l'ongle, et qui a pour but, en rapprochant l'un de l'autre les deux bords, de les empêcher de rentrer dans les chairs? Elle n'a pas manqué cependant d'honorables recommandations. Ainsi voyons-nous que Dionis commençait, avec un bistouri dont la lame ressemblait à celle d'un canif, par couper de l'ongle tout ce qui rentrait dans les chairs; et afin de prévenir de retour du mal, ce qui ne manque pas, dit-il, d'avoir lieu quand l'ongle vient à repousser, il conseille de le ratisser tous les mois avec un morceau de verre, afin qu'aminci, l'ongle devienne moins large et ne s'incarne plus. C'est dans le même but qu'un chirurgien de la marine, M. Faye, a recommandé de faire une section en V renversé sur le bord libre de l'ongle, et, après avoir ensuite pratiqué deux trous en dehors des bords de la section, d'opérer par eux un rapprochement mécanique des bords unguéaux avec un fil métallique qui les a traversés et que l'on serre en le tordant. MM. Guilmot et Bégin, qui ont conseillé d'emporter la portion incarnée de l'ongle, n'ont fait que reproduire, à quelques modifications près, le procédé de Dionis. Tous ces procédés peuvent bien offrir quelques avantages dans certaines circonstances. Ils font cesser les souffrances vives des malades; mais ce n'est que passagèrement; car l'ongle en se reproduisant ne manque pas de faire renaître les accidents primitifs, de telle sorte que généralement c'est à recommencer encore.

L'art avait donc quelque chose de plus efficace à demander à la thérapeutique de cette opiniâtre maladie. C'est ce que reconnut bien Dupuytren, quand il ressuscita du passé l'avulsion partielle de l'ongle qui ne tarda pas à se répandre au loin à cause de la facilité de son exécution. On sait que pour cette méthode déjà mise en usage par Fabrice d'Aquapendente et par Dionis, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris engageait sous l'ongle la pointe de ciseaux droits bien affilés en la faisant aller jusque près de la racine, et qu'ensuite, après l'avoir divisé d'un seul coup en deux moitiés à peu près égales, il saisissait la moitié nuisible avec une forte pince à disséquer, et l'arrachait en la roulant sur elle-même de dedans en dehors. C'est un procédé que nous avons plusieurs fois mis en pratique: il tente, en effet, par sa facilité et sa promptitude; mais il a le grand inconvénient d'exposer presque nécessairement à la récidive, ce qu'avait bien senti Dupuytren lui-même, puisque vers la fin il y joignait le cautérisation, complication grave de traitement, en ce qu'elle doublait les douleurs déjà sur-aigues de l'avulsion.

C'est sans doute à cause de ces inconvénients que MM. Lisfranc, Brachet et Levrat-Perraton ont préféré faire revivre un mode opératoire déjà décrit par Ambroise Paré, et qui consiste à faire disparaître les chairs situées en dessus du bord incarné, soit à l'aide de l'instrument tranchant (Lisfranc et Brachet), soit à l'aide de la potasse caustique (Levrat-Perraton). Moins douloureux que l'arrachement, ce procédé a encore l'avantage de tendre plus que le premier à une cure complète. Mais, outre qu'il n'est pas toujours praticable, lorsque, par exemple, la courbure de l'ongle est très-prononcée; nous l'avons vu tenter plusieurs fois sans succès, malgré les soins les plus minutieux pour tenir déprimées les chairs de la surface de la plaie, ce qui a diminué la confiance que nous aurions vu avoir en lui. Car enfin c'est une opération sanglante ou une escharification par le caustique qu'il nécessite, dès lors devrait-on au moins être sûr d'obtenir par lui la guérison; et, si on ne peut se la promettre, quelle confiance peut-on donc lui accorder? En somme, ce procédé nous paraît ne devoir convenir qu'à quelques cas d'onyxis peu graves, dans lesquels l'ongle n'est pas dévié de sa direction normale.

Si aucun des divers procédés que je viens de mentionner ne peut promettre toujours, ni même dans le grand nombre des cas, une guérison complète, c'est qu'ils ne s'attaquent pas à la cause même du mal; c'est qu'ils laissent intacte la matrice unguéale qui, en reproduisant l'ongle, lui laisse sa mauvaise direction. Ils ne peuvent donc compter *généralement* que comme palliatifs; or, sous ce *rapport, ils* sont ou trop long ou trop douloureux. Pour guérir radicalement, il faut donc en venir à la destruction de l'organe sécréteur de l'ongle, et c'est à ce but que doivent tendre les procédés opératoires.

Or, plusieurs procédés ont été vantés pour amener ce résultat. Jusqu'à ces dernières années, il n'y avait guère de préconisé que l'arrachement total de l'ongle suivi de la cautérisation, ou l'extirpation de l'ongle et de sa matrice avec l'instrument tranchant, ou bien encore l'application du fer rouge sur la rainure de sa racine. C'était même à ces deux premiers moyens que, si je ne me trompe, s'était arrêtée la pratique du grand Dupuytren. On extirpait l'ongle, pour cautériser ensuite la racine, avec de fortes pinces avec lesquelles on faisait les tractions convenables; ou bien, si on voulait recourir à l'instrument tranchant, après avoir pratiqué avec un bistouri droit une incision profonde et demi-circulaire à trois lignes au delà de l'origine apparente de l'ongle, de manière à cerner celui-ci et sa racine en totalité, on relevait le lambeau d'arrière en avant avec des pinces à disséquer, en détachant toute la peau qui enveloppait l'ongle à sa racine en même temps que l'ongle lui-même, si mieux on n'aimait, par un procédé plus expéditif, mais peut-être moins sûr que le premier, inciser la peau de l'orteil au point indiqué, avec un bistouri tenu à pleine main

Digitized by Google

et enlever en un coup, comme un copeau de bois, la matrice et l'ongle. Nous avouerons ici que, quoique ces moyens fussent propres à obtenir le résultat désiré, la cure radicale, nous les avons trouvés dotés d'une espèce de cruauté ou tellement repoussés par les malades, que nous sommes toujours resté éloigné de leur emploi. Ayant, au reste, remarqué, il y a déjà un certain nombre d'années, que quelquefois, quand on voulait appliquer la potasse caustique sur la portion charnue soulevée par l'ongle rentrant dans les chairs, d'après le procédé de Levrat-Perraton, ce caustique, par sa déliquescence se répandant sur la rainure de la racine de l'ongle, détruisait partiellement la matrice et guérissait parfois le mal par un mécanisme différent de celui qu'on avait en vue, je m'étais demandé pourquoi on n'utilisait pas les escharotiques au lieu de recourir au feu ou à l'instrument tranchant. Aussi, dès qu'il m'a été donné de pouvoir traiter cette maladie par moi-même, les caustiques escharotiques ont-ils été les moyens par moi préférés, et déjà deux fois l'ongle incarné avait été traité par moi avec succès à l'Hôtel-Dieu d'Aix, par la destruction de la matrice unguéale avec la potasse caustique, lorsque les journaux de médecine nous ont fait connaître l'observation que M. le docteur Barbette, de Niort, a publiée, en octobre 1839, d'une guérison obtenue par ce moyen. Seulement je dirai que la manière dont j'agissais était assez différente de celle que suivait le médecin de Niort. Ainsi, au lieu de songer à la destruction totale de la racine de l'ongle, je ne cherchais à détruire que la partie qui donnait naissance à la portion rentrante. Voici, au reste, le descriptif du procédé opératoire que je suivais : Je prenais un morceau d'emplâtre très-agglutinatif, de celui dit d'André-de-la-Croix, par exemple, et le taillais de manière qu'il eût la forme de l'ongle et qu'appliqué dessus il pût le recouvrir et remplir exactement la rainure qu'il forme avec la peau de l'orteil, tant vers sa base que vers ses bords latéraux. Ces dimensions étant prises, je ménageais, avec les ciseaux, une échancrure semi-lunaire peu étendue, correspondant à la partie de la racine unguéale d'où sort le bord incarné. Je préparais ensuite un second morceau de diachylum plus étendu qui de dessus l'emplâtre précédent s'étendit sur la peau de l'orteil, en présentant encore une échancrure ovalaire correspondant à la précédente et laissant à nu une partie de l'ongle vers sa racine et du côté malade ainsi que la peau qui recouvre immédiatement de côté la partie correspondante de la matrice unguéale. Toutes ces précautions étant prises dans le but de limiter la place et l'action du caustique, je mettais, dans la partie laissée à nu, gros comme un pois de potasse caustique qu'une bandelette circulaire maintenait. L'appareil était laissé en place pendant huit ou dix heures. Voici alors ce qui se passait : la potasse, par sa propriété corrosive, détruisait la peau avec laquelle elle était en contact ainsi que la partie correspondante de la matrice de l'ongle, celle-là même de laquelle dépendait le bord unguéal vicieusement dirigé, et, à la chute de l'eschare, on voyait à nu cette partie de la racine de l'ongle noirâtre et détachée : on pouvait dès ce moment même exciser, pour hâter la guérison, avec des ciseaux dont une des lames étroites était passée sous l'ongle, tout ce qui était recouvert par les chairs, certain par la destruction de la matrice de sa non-reproduction. La cicatrisation de la plaie, résultant de la chute de l'eschare annonçait la fin du traitement au bout de vingt-cinq jours à un mois et demi. Voici même le récit des observations de deux malades que j'ai traités de la sorte :

Le premier, soldat dans un régiment de ligne, souffrait depuis près d'un an et demi d'un ongle incarné au côté interne du gros orteil du pied gauche : il en était même fortement incommodé. Une première fois déjà on l'avait traité par l'extirpation partielle de l'ongle, selon le procédé de Dupuytren; mais le mal s'était reproduit avec le retour de l'ongle. Après quelque temps de repos pour laisser désenflammer cet orteil que la fatigue d'un assez long voyage avait fortement irrité, je me décidai à employer le traitement ci-dessus décrit, et je plaçai les emplâtres de manière qu'ils présentassent une ouverture ovalaire vers le point correspondant à la partie de la matrice unguéale que je voulais détruire. C'est en ce point que je plaçai le caustique qui y fut maintenu par une bandelette de diachylum pendant dix heures. Recommandation fut faite au malade de tenir le pied un peu penché en dedans, afin que la liquéfaction du caustique ne fît pas détruire une trop grande partie de la matrice de l'ongle. L'appareil ayant été ensuite enlevé, apparut l'eschare noirâtre un peu plus étendue que je ne désirais. Cette eschare ne fut totalement détachée que le seizième jour : il nous fut alors permis de voir le côté interne du bord postérieur de l'ongle dénudé, noirâtre. Quelques jours après, une fine lame de ciseaux ayant été passée dessous, j'incisai et enlevai ce qui était rentrant de l'ongle : par là je hâtai la cicatrisation et la guérison qui furent complètes au trentième jour. De la sorte, le malade conserva encore plus de la moitié de son ongle.

La deuxième observation se rapporte à un soldat que nous avons eu à traiter dans le commencement du mois de septembre dernier, et chez lequel encore la destruction de la partie rentrante de l'ongle fut obtenue par le caustique appliqué de la même manière, tandis que l'autre moitié fut conservée. Seulement, dans ce cas, la cicatrisation ne fut com-

Digitized by Google

plète qu'un mois et vingt jours après l'application du caustique, l'eschare s'étant un peu trop étendue.

Ces deux observations complétèrent ma conviction sur les avantages qu'ont les caustiques, dans le traitement de l'ongle incarné, sur son arrachement avec les pinces ou son avulsion avec l'instrument tranchant. Ici, en effet, rien d'effrayant, ni du côté de l'appareil, ni du côté des douleurs. Seulement le choix des caustiques est venu fixer notre attention d'une manière sérieuse; et, après plusieurs tentatives pour motiver notre préférence, nous avons fini par la donner totalement à la poudre de Vienne que l'on sait composée de parties égales de potasse à la chaux et de chaux vive, avec laquelle on fait une pâte avec quelques gouttes d'esprit-de-vin. Nous trouvions, en effet, à la potasse caustique, dont nous nous étions d'abord servi, les inconvénients suivants : D'abord l'irrégularité de son action due à la déliquescence du caustique, ce qui empêche, malgré les plus grandes précautions, de pouvoir le contenir dans des limites précises; en second lieu la lenteur de la cautérisation qui laisse les malades en proie à des souffrances dont la durée leur paraît fort longue, et enfin le long intervalle qui s'écoule pour la chute de l'eschare. La poudre de Vienne, au contraire, transformée par l'alcool ou l'eau de Cologne en une pâte à laquelle on donne la forme et l'épaisseur qu'on désire, a une action vive, prompte et circonscrite, et elle a en outre cet autre avantage précieux, dans le cas d'ongle incarné, de ramollir, de dissoudre en quelque sorte la partie d'ongle qui a été mise en contact avec le caustique. Avec elle on obtient une eschare assez exactement semblable pour la forme à celle de l'ouverture de l'emplâtre agglutinatif, et son application pendant une vingtaine de minutes est suffisante pour obtenir le résultat désiré. Ajoutons à cela que la douleur est moins vive que celle que produit la potasse, et que la chute de l'eschare ne se fait pas aussi longtemps attendre. Par tous ces motifs, nous avons dû préférer la poudre de Vienne.

Voudrions-nous maintenant par son moyen détruire la totalité de la matrice de l'ongle, nous cernerions avec une bandelette de diachylum bien agglutinatif la peau de l'orteil qui l'avoisine et la loge, en la laissant à découvert; nous couvririons tout l'ongle avec le même emplâtre, excepté un peu du côté de sa racine. De la sorte, nous aurions à nu un espace d'une ligne ou une ligne et demie qui correspondrait exactement à la matrice unguéale et sur lequel nous déposerions la pâte caustique qui serait laissée en place pendant vingt ou vingt-cinq minutes. Ce temps serait suffisant pour détruire complétement la matrice unguéale. Une guérison radicale ne pourrait qu'être obtenue, mais l'ongle serait perdu sans retour.

Si nous n'avons pas encore trouvé l'indication de produire ce résultat, nous avons été amené déjà à opérer, avec la poudre de Vienne, la destruction d'une partie de l'organe sécréteur, savoir celle qui correspondait au bord rentrant, faisant ainsi radicalement et par le caustique ce que Dupuytren n'obtenait que momentanément par l'extirpation partielle. Voici même à ce sujet le procédé que nous suivons : Nous plaçons les emplâtres agglutinatifs de manière qu'à leur partie centrale ils offrent une petite ouverture ovalaire qui corresponde au côté de la matrice unguéale duquel naît le bord vicieusement dirigé dans les chairs, ainsi qu'à une partie des chairs qui le recouvrent. Nous plaçons ensuite sur cette ouverture la pâte caustique convenablement préparée, pour l'y laisser pendant vingt ou vingt-cinq minutes. Nous recommandons en même temps de tenir le pied penché du côté vers lequel est placé le caustique, afin que le peu de liquéfaction qui pourrait s'opérer porte sur les chairs soulevées plutôt que sur le restant de l'ongle. Lorsque l'appareil est levé, une eschare circonscrite apparaît; souvent même l'ongle ramolli dans sa partie touchée par le caustique se détache déjà facilement. Et quand, en moins d'un mois quelquefois, la plaie qui succède à l'eschare est cicatrisée, la guérison est complète, exempte de récidives, et cependant les deux tiers de la matrice de l'ongle et de l'ongle lui-même sont conservés. Nous avons, en ce moment, dans nos salles, un militaire que nous avons traité de la sorte avec un plein succès.

C'est certainement ainsi, c'est-à-dire par la destruction partielle de l'ongle ou plutôt de la matrice unguéale qu'il importe de traiter l'onyxis quand un seul des bords latéraux est incarné. Mais si l'onyxis était double, ne pourrait-on pas, à l'aide de la poudre de Vienne, se dispenser de détruire tout l'ongle, en conserver les deux tiers moyens, par exemple? La chose nous paraît très-praticable en faisant pour chacun des côtés de la racine de l'ongle ce que nous avons indiqué pour un seul. Tous les physiologistes s'accordent à reconnaître que les ongles des orteils ont pour usage d'affermir les pieds dans la progression, et de mettre leur extrémité à l'abri de l'impression des corps durs : il ne doit donc pas être indifférent d'en conserver les deux tiers, les trois quarts quand on le peut, comme cela devient praticable par le procédé que j'ai décrit.

En somme, en traitant ainsi l'ongle incarné, on trouvera simplicité de moyens, douleurs peu vives, promptitude de traitement, certitude de la guérison et possibilité de conserver la plus grande partie de l'ongle. Or, il me paraît que tous ces motifs sont propres à généraliser ce mode de traitement.

Revue médicale. — Juin 1840.

Digitized by Google

Observations chirurgicales présentées à la société médicale du département d'Indre-et-Loire; par M. J. Mondière. D. M. P., Membre correspondant de l'académie royale de médecine des épidémies et de l'hôpital de Loudun (Vienne), etc.

Obs. I. *Vingt-quatre ans, constitution peu saine, fracture de la malléole interne avec plaie; au cinquième jour, accidents tétaniques; traitement antiphlogistique et calmant; mort; inflammation et ramollissement de la portion lombaire de la moelle épinière.*

Soreau Louis, âgé de 24 ans, petit, d'une constitution peu forte, quoique jouissant habituellement d'une assez bonne santé, est, depuis quinze ans, affecté d'une nécrose des os de la jambe droite sur laquelle existent encore, lors de son admission à l'hôpital, plusieurs trajets fistuleux, qui, à diverses époques, ont livré passage à des portions d'os écrasées plus ou moins volumineuses.

Le 4 juillet 1836, cet homme, domestique dans une ferme située à la Chapelle, dans le canton de Monts, était monté dans une charrette attelée de deux bœufs. Ces animaux, effrayés de l'arrivée brusque d'un chien qui aboyait avec force, dévièrent de la route qu'ils suivaient, et une des roues venant à passer sur une grosse pierre, la voiture fut renversée. Soreau n'ayant pas été assez prompt à fuir, resta la jambe gauche engagée sous la roue, d'où fracture à la partie inférieure de ce membre, tout près des malléoles, avec plaie contuse à la partie interne, plaie qui, d'après le rapport du blessé, donna lieu à un écoulement de sang très-abondant.

Le premier appareil fut placé par un chirurgien instruit de Monts, M. Grillaud, et dès le lendemain, le malade fut amené à l'hôpital de Loudun. M'y trouvant alors pour donner les premiers soins à un homme affecté d'une fracture de cuisse, j'aidai moi-même à descendre Soreau de la charrette dans laquelle on l'avait amené. Le trajet de deux lieues qu'il venait de parcourir ainsi, s'était fait avec facilité, et sans qu'il en eût ressenti la plus légère douleur. Je le fis placer dans un lit bien préparé et procédai de suite au renouvellement de l'appareil et à l'examen de la blessure. A la partie inférieure de la jambe gauche, au niveau de la malléole interne, existait une plaie longue d'un pouce, à bords contus et saignants; le membre ne présentait qu'un gonflement inflammatoire modéré, quoique assez considérable pour m'empêcher de constater le siége précis de la fracture. Cependant tout me paraissant en bon état, je ne crus pas devoir fatiguer le malade par des recherches inutiles, et je réappliquai l'appareil.

Tout alla bien jusqu'au dimanche suivant, 10 juillet, jour où l'infirmier vint me dire, dans l'après-midi, que le malade avait *mal* à la bouche. Comme je l'avais laissé le matin dans un état satisfaisant, que j'étais obligé de partir pour la campagne, et que, d'ailleurs, je n'attachais pas d'importance au renseignement obscur que l'on me donnait, je ne vis Soreau que le 11, à six heures du matin.

Voici ce que j'observai : trismus très-prononcé, ne permettant pas aux arcades dentaires qu'un écartement de deux lignes; tension considérable des parois du ventre qui résistent à une forte pression; difficulté extrême à avaler; pouls dur, plein, fréquent; intelligence intacte : je défais l'appareil; le membre ne présentait rien d'extraordinaire, la plaie était presque fermée; aucune tension de ses bords, pas la plus légère douleur dans les environs ni le long de la jambe. Je ne jugeai pas convenable d'opérer un changement que rien ne paraissait nécessiter, et je remis l'appareil en place, me bornant à l'arroser avec une décoction de guimauve laudanisée, au lieu d'eau-de-vie camphrée, dont je m'étais servi jusqu'alors. (Prescription : saignée immédiate de 16 onces, potion de quatre onces avec 20 gouttes de Rousseau, par cuillerée toutes les heures, frictions sur l'abdomen avec un liniment camphré et laudanisé.)

Midi : trismus moins intense; tension des muscles abdominaux moins grande; déglutition plus aisée, en un mot, amélioration sensible. Le sang tiré le matin ne contient presque pas de sérosité et est fortement fibreux, ce qui, joint à l'état du pouls, qui est encore dur et élevé, me fit prescrire une nouvelle saignée de douze onces ; mêmes moyens, de plus, quart de lavement avec camphre et laudanum. Le soir, à sept heures, l'amélioration du milieu du jour ne s'était pas soutenue, et les accidents avaient reparu avec plus de force encore que le matin. Cependant l'intelligence était toujours intacte, et le malade ne se plaignait que d'une douleur tensive le long du dos, surtout vers la région lombaire. (Saignée de douze onces, trente sangsues sur la région lombaire, bain après leur chute, lavement purgatif, continuation des opiacés.)

Le 12, le lavement a produit des évacuations abondantes; pas de sommeil; le malade a eu un peu de délire et a voulu sortir de son lit; expulsion bruyante de gaz par l'anus; pouls dur, plein, de 95 à 100 pulsations; trismus plus considérable, permettant à peine une ligne d'écartement des arcades dentaires; déglutition plus difficile à cause d'une douleur vive à l'épigastre, tension considérable des muscles de l'abdomen qui est douloureux à la moindre pression; à chaque aspiration, mouvement convulsif de tout le corps et douleurs déchirantes vers les attaches du diaphragme; depuis hier au soir, le corps, arqué en arrière, ne repose que sur la nuque

Digitized by Google

et le coccyx, de manière à laisser un intervalle de plusieurs pouces entre le lit et la face dorsale du tronc; du reste rien encore du côté des membres; les urines ne présentent rien de particulier. (Saignée de 12 onces; 20 sangsues le long du rachis; application à l'épigastre d'un vésicatoire ammoniacal, saupoudré de deux grains d'acétate de morphine; lavement purgatif, puis quart de lavement avec 25 gouttes de laudanum, frictions sur le ventre avec liniment camphré et opiacé, potion avec gouttes de Rousseau.)

Le 13, aggravation de tous les accidents; membres inférieurs présentant une légère tension tétanique, difficulté extrême à respirer; le malade paraît faire des efforts extraordinaires pour opérer une légère expension du thorax, face vultueuse, écume à la bouche (Saignée, etc.) Mort, deux heures après la visite, dans un véritable état d'asphyxie.

Une heure après, ayant bien constaté la mort, je procédai à l'autopsie, en présence et aidé de mon collègue M. Marquet, le cadavre conservant encore un certain degré de chaleur.

Autopsie. *Tête.* Les téguments du crâne sont gorgés de sang. Vers la partie moyenne du sinus longitudinal, adhérence de la dure-mère aux os du crâne; engorgement séreux de la pie-mère dans toute la partie supérieure; le reste de cette membrane offre un grand nombre de vaisseaux gorgés de sang et des rougeurs que des lavages ne font point disparaître. Les vaisseaux de la base du cerveau sont engorgés et présentent dans toute leur circonférence une infiltration œdémateuse très-marquée. Rien à noter dans les ventricules; la substance du cerveau est ferme; coupée par tranches, elle présente un grand nombre de gouttelettes de sang. Cervelet aussi ferme que le cerveau, mais, du reste, parfaitement sain.

Poitrine. Trachée-artère remplie de mucosités écumeuses; membrane muqueuse d'un rouge violacé. Œsophage sain. Poumons engorgés, mais crépitants. Cœur à l'état normal.

Abdomen. Estomac et intestins présentant quelques plaques de rougeur; foie et reins d'un rouge brun et très-gorgés de sang; vessie très-contractée et ne contenant qu'une petite quantité d'urine.

Moelle épinière. Le canal vertébral fut ouvert avec le plus grand soin. Toute la masse des muscles sacro-lombaires est gorgée de sang noir, et en l'inclinant dans le sens de sa longueur, on voit s'écouler une grande quantité de sang infiltré dans son tissu. L'arachnoïde spinale n'offre aucune altération; la pie-mère présente, dans toute son étendue, une injection vasculaire, d'autant plus marquée qu'on approche davantage de la région dorso-lombaire; cette injection est aussi forte à la face postérieure qu'à la face antérieure de la moelle. Celle-ci, débarrassée de ses membranes paraît saine dans ses régions cervicale et dorsale, mais vers le milieu de la région lombaire, on observe un renflement fusiforme, de la longueur de deux pouces. Là, la substance de la moelle est évidemment plus résistante et comme endurcie; incisé longitudinalement, ce renflement présente une teinte rosée très-prononcée, et, à son centre, un point de ramollissement. Dans ce point, qui peut avoir une longueur de cinq à six lignes, et un diamètre de deux lignes, la pulpe nerveuse est réduite en une espèce de détritus rougeâtre; les couches les plus rapprochées de la moelle sont molles et se laissent facilement enlever avec le dos du scalpel, et à mesure qu'on s'éloigne du centre, les couches deviennent de plus en plus fermes.

Il est évident qu'on assiste là au commencement du ramollissement qui s'est fait du centre à la circonference, et que, si le malade eût vécu plus longtemps, tout le renflement dont nous avons parlé aurait été complétement ramolli.

L'examen du membre fracturé fit découvrir une fracture simple de la malléole interne, mais aucune lésion des vaisseaux ou des nerfs qui s'y distribuent, capable d'expliquer la complication fâcheuse qui a enlevé si rapidement notre blessé.

Cette observation est extraite d'un travail inédit et fort étendu, dans lequel, m'appuyant sur plus de deux cents faits, j'essaie de m'élever à une histoire générale du tétanos traumatique. Je passe donc sous silence les propositions que j'ai cru devoir déduire de ce fait important et de beaucoup d'autres analogues, et je me borne, pour le moment, à observer que le jour même où apparurent les premiers symptômes du tétanos, la température, assez élevée jusqu'alors, s'abaissa tout à coup, et à faire remarquer combien les résultats de l'autopsie, faite au moment de la mort, pour ainsi dire, viennent contrarier l'opinion de ceux qui ne veulent voir qu'un effet cadavérique dans la plupart des lésions de la moelle épinière constatées chez les individus enlevés par le tétanos.

Plus tard, je me ferai un devoir de soumettre à la Société Medicale du département d'Indre-et-Loire mon travail en entier, ou au moins les conclusions auxquelles m'aura conduit une étude consciencieuse et comparative du plus grand nombre des observations du tétanos que possède aujourd'hui la science. Le dernier mot n'est pas dit sur ce point intéressant de pratique.

Obs. II.—*Hernie inguinale ancienne; réduction; symptômes d'étranglement suivis de mort; autopsie.*

Le nommé Bourdillot, âgé de vingt-cinq ans, grand et fortement constitué, porte-poche au moulin de Palluau, près Loudun, est, depuis une quinzaine d'années, atteint d'une double hernie inguinale.

Digitized by Google

Celle du côté gauche n'a jamais acquis le volume de celle du côté droit et ne sortait que bien rarement. Le malade n'a jamais pu porter de bandage, aussi la hernie du côté droit était-elle presque constamment sortie, et, à chaque instant, pour ainsi dire, Bourdillot était obligé de la réduire.

Le lundi, 3 juillet 1837, Bourdillot éprouva des coliques assez vives vers l'ombilic, et croyant qu'elles dépendaient de ce que sa hernie droite était sortie, il la fit rentrer, mais il éprouva plus de difficulté que d'habitude. Bien que l'intestin fût repoussé dans le ventre les coliques continuèrent et je fus appelé le 4. Je vis le malade vers trois heures de l'après-midi; voici ce que j'observai : Bourdillot est assis sur son lit, et ne peut rester longtemps étendu sur le dos, les douleurs augmentant beaucoup dans cette position; le pouls est à 76, assez fort; la langue est blanchâtre, la bouche fade; il y a de la soif; le ventre est légèrement tendu, et il existe des coliques assez fortes. Le scrotum ne présente rien d'anormal, si ce n'est que la peau qui recouvre le côté droit est flasque et ridée, indice d'une distension habituelle; les deux anneaux sont libres; celui du côté droit, plus dilaté que celui du côté gauche, permet aisément l'introduction de deux doigts; pas d'évacuation depuis quarante-huit heures, ni expulsion de gaz. Croyant avoir affaire à une hernie rentrée en bloc, et étranglée par le collet du sac, je palpai avec attention la région inguinale droite, mais je ne pus percevoir aucune tumeur, comme on l'observe ordinairement dans les cas analogues. Je prescrivis des bains, des cataplasmes émollients, des lavements laxatifs, la diète et des boissons rafraîchissantes.

Le lendemain 5, je revis le malade. Il n'y avait eu aucune évacuation; son état était le même, seulement le ventre était plus tendu, les coliques plus vives, et il y avait d'assez fréquentes envies de vomir. Jugeant, d'après ce que l'on me dit, que les lavements avaient été mal administrés, j'en donnai de suite un auquel j'ajoutai deux cuillerées de sel et une cuillerée de miel; il fut gardé dix minutes environ et entraîna quelques matières dures, arrondies, d'un petit volume, et bientôt après il y eut une expulsion abondante de gaz bruyants. Il en résulta un soulagement marqué et une grande diminution dans le volume du ventre. (Bains; frictions avec l'huile de camomille camphrée; huile de ricin, une once et demie.)

Le 7, on revint me chercher. Depuis mon départ il n'y avait eu aucune évacuation. Le ventre était plus tendu, plus douloureux, des vomissements bilieux avaient lieu assez fréquemment, et le malade ne pouvait presque plus rester étendu sur son lit. L'examen le plus attentif ne put encore rien me faire découvrir vers l'anneau, ni au-dessus de cet anneau; de plus, en faisant tousser fortement le malade, on ne sentait point, malgré la dilatation de cet anneau, l'impulsion qui, en pareil cas, est imprimée à la masse intestinale.

Je fis transporter le malade à l'hôpital pour être plus à même de lui donner des soins. Il y arriva le 8 et je priai mon collègue M. Marquet, de vouloir bien se joindre à moi pour diriger le traitement de concert. Ce médecin, auquel je racontai ce qui s'était passé, explora longtemps avec soin et le ventre et l'anneau inguinal, sans pouvoir, comme moi, rien découvrir qui pût nous aider à porter un diagnostic certain. Alors le ventre était ballonné, les circonvolutions intestinales se dessinaient à travers les parois abdominales; le pouls, assez fort, était sans fréquence; il y avait du hoquet, des envies de vomir, et, de temps en temps, quelques vomissements composés des boissons et d'un peu de bile. (Bain entier, lavement avec séné une once, sulfate de soude, une once et demie; sirop de groseilles, diète.)

A midi, je vois le malade; il n'y avait pas eu d'évacuation, et, par conséquent, pas de soulagement. (Bain; huile de croton, six gouttes en friction sur le ventre.) Le soir, même état : j'introduis alors dans le rectum une sonde œsophagienne, et je pousse de suite à travers sa cavité quatre pleines seringues d'eau tiède. Cette grande quantité d'eau fut expulsée vingt minutes après, et bien qu'aucune matière ne fût entraînée, ni gaz expulsé, le malade dit se sentir bien soulagé.

Le 9, l'état du malade est absolument le même que la veille. (Huile de croton.) A midi, nul changement. J'administre moi-même cinq lavements de suite; nul effet. A six heures du soir je fais donner un lavement avec séné, une once, sulfate de soude, une once et demi, qui entraîne un peu de matières très-liquides; soulagement peu marqué; à neuf heures, nouveau lavement purgatif.

Le 10, le dernier lavement a déterminé l'expulsion de plusieurs morceaux de matière fécale durs et assez volumineux. Le malade est soulagé, le ventre redevenu souple permet d'examiner avec soin toute son étendue, sans que cet examen fasse rien découvrir. Rien de particulier du côté des anneaux; plus de vomissements, en un mot, l'état du malade est assez satisfaisant pour nous faire concevoir de l'espérance. (Huile de ricin, deux onces.) A midi, toute amélioration a cessé : tension du ventre, vomissements, coliques, etc., etc.; tous les accidents ont reparu. (Lavement purgatif.) A huit heures du soir, les symptômes se sont encore aggravés. (Sulfate de soude, une once et demie dans une tasse de bouillon aux herbes; quart de lavement avec les feuilles de belladone, frictions sur l'abdomen avec l'extrait de cette plante.)

Le 11, face grippée, traits effilés, amaigrisse-

Digitized by Google

ment, pouls petit, sans fréquence, tension considérable du ventre, coliques très-fortes. langue sèche sans être rouge, peu de soif; vomissements plus fréquents, bilieux; crainte de la mort, impossibilité absolue de rester couché. (Lavement avec feuilles de tabac, une once, émétique, douze grains; sirop de groseilles.)

A midi, le lavement n'a pu être gardé; quatre vomissements abondants d'un liquide jaunâtre, amer, contenant quelques fragments de matières fécales; pouls à 108, mou, dépressible; tintements d'oreilles, faiblesse, bouche amère. (Lavement au tabac.) A neuf heures, le malade a vomi un plein pot de matières bilieuses, mêlées à un peu de matières fécales. (Cinq gouttes d'huile de croton tiglium dans une infusion de mélisse.)

Le 12, le malade n'a point évacué; il a éprouvé de violentes coliques; vomissements peu abondants; pouls à 90. Douches ascendantes; demi-lavement purgatif. A midi, nulle évacuation; le lavement n'a entraîné qu'un paquet de glaires, un seul vomissement peu abondant depuis le matin, une heure de sommeil, pouls à 92, un peu plus développé, ventre toujours fort tendu, coliques, etc. (Nouvelle introduction de la sonde œsophagienne et injections répétées; quart de lavement avec huit gouttes d'huile de croton, frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée et embrocations de camomille.) Le soir, même état.

Le 13, ventre plus tendu, petit mouvement de fièvre, langue rouge à sa pointe et à son centre et tendant à se sécher; quelques vomissements, hoquet, bouche amère, presque pas de soif. (Douches ascendantes froides, huile d'amandes douces, par cuillerées, d'heure en heure.) A midi, nul changement. Le soir je reviens au lavement et aux frictions de belladone.

Le 14, le malade a pu dormir quelques instants. Je le trouve se promenant dans les cours de l'hôpital; il y a eu, à la suite du lavement, une évacuation assez abondante d'un liquide jaunâtre, comme bilieux, tenant en suspension des fragments de matières fécales. Quelques cuillerées de bouillon prises la veille ont été digérées. Le ventre est toujours fort ballonné; l'amaigrissement fait des progrès, langue humide et sans rougeur. (Quart de lavement et frictions avec la belladone; le soir, lavement purgatif.)

Du 14 au 18, il ne se passa rien d'extraordinaire. Le ventre est resté constamment tendu, quelques vomissements de matières bilieuses ont eu lieu; hoquet; pas d'évacuations, si ce n'est des mucosités de temps en temps; peu ou pas de sommeil: cependant les forces se soutiennent; le moral est assez bon, le malade peut encore se livrer à la promenade dans les cours de l'hôpital; bien plus; il a pu manger quelques rôties, des biscuits et prendre du bouillon sans les vomir.

Le 18, la veille au soir, il y a eu un vomissement extrêmement abondant; le hoquet est plus fréquent, la bouche plus mauvaise, la langue sans rougeur et humide; pas de soif; facies amaigri et exprimant la souffrance. En effet, toute la nuit le malade a eu de fortes tranchées, qui se renouvellent de temps en temps, le ventre est énormément tendu, et, à travers la peau, se dessinent, non-seulement les circonvolutions des intestins, mais encore les différentes cellules des dilatations qu'ils forment; le pouls est à 92, plus faible, peau sans sécheresse, (Frictions avec l'huile de camomille, lavements émollients.) Le soir, le malade a vomi un plein pot de matières fécales, ce qui lui a apporté un peu de soulagement; le pouls est à 110, petit, dépressible, ventre très-douloureux dans l'hypochondre gauche et la fosse iliaque du côté droit. Dans la nuit, plusieurs vomissements, aggravation de tous les symptômes, et mort le 19, à sept heures du matin.

Autopsie. Par des circonstances indépendantes de notre volonté, nous ne pûmes examiner que la cavité abdominale. Le sac herniaire très-ancien est fort épais; son col est libre et sans adhérence d'intestin. Il contient un peu de sérosité purulente, venant évidemment de la cavité abdominale. Le ventre paraissait plus ballonné que pendant la vie. Dès que la paroi abdominale fut incisée, les intestins firent irruption, présentant un volume triple de celui qu'ils ont dans leur état normal; la cavité péritonéale contient une assez grande quantité de sérosité comme purulente. Les circonvolutions intestinales sont d'un rouge foncé. Libres dans la partie supérieure du ventre, elles adhéraient fortement entre elles au-dessous de l'ombilic, et surtout vers la fosse iliaque droite, au moyen de fausses membranes assez résistantes. Avertis que là devait se trouver la cause de l'étranglement, nous écartâmes avec la plus grande précaution les diverses anses intestinales. Nous reconnûmes alors qu'une forte membrane fibreuse, ayant la forme d'une faulx s'étendait en formant un plan incliné, depuis le bord interne de l'os iliaque jusqu'au bord postérieur de l'orifice interne de l'anneau, et divisait ainsi en deux compartiments la cavité du bassin.

C'est le long de ce plan incliné et fort résistant que l'intestin grêle qui avait formé la hernie redescendait sans cesse. Du bord interne de cette membrane fibreuse, évidemment originelle; partait une languette de même tissu, qui, suivant une direction oblique, de droite à gauche et de haut en bas, traversait le bassin et allait se réunir à une autre membrane située à gauche, de la même manière que celle de droite, mais beaucoup moins large. C'est autour de cette bride transversale que, dans les

Digitized by Google

mouvements imprimés par le malade pour en opérer la réduction l'intestin s'était contourné, d'où étranglement et, par suite, tous les accidents énoncés ci-dessus. Dans ce point, l'intestin qui appartenait à la portion inférieure de l'iléon, était énormément distendu, d'un rouge foncé, et ses parois avaient subi un ramollissement tel, qu'en voulant le dérouler, ces parois se déchirèrent avec la plus grande facilité, d'où épanchement d'une grande quantité de matières bilieuses, comme stercorales et d'une odeur repoussante. Après cette déchirure, il ne nous fut plus possible de continuer notre examen, mais il nous suffisait d'avoir constaté la cause de l'étranglement, à savoir la torsion de l'intestin autour de la bride accidentelle.

Cette observation est digne de fixer notre attention sous plusieurs rapports. Et d'abord, nous ferons remarquer l'existence de cette cloison aponévrotique, qui partageait, incomplétement il est vrai, en deux loges, l'une antérieure et l'autre postérieure, la cavité du bassin. Nous ne connaissons aucun fait analogue, et nous avons bien regretté de n'avoir pu, le cadavre ayant été réclamé par la famille, conserver cette pièce d'anatomie pathologique, ou plutôt anormale, car, pour mon collègue et pour moi, il est resté démontré que la formation de cette cloison devait remonter à la première origine de l'individu qui l'a présentée.

De plus, par la disposition de cette longue portion dont nous avons parlé et qui formait un plan incliné qui, du haut du bassin, s'étendait jusqu'à l'anneau inguinal, on explique aisément comment l'intestin, glissant sur ce plan incliné, venait incessamment sans le moindre effort, et par la seule position debout, faire irruption par l'anneau, de plus en plus dilaté par le volume toujours croissant de la portion intestinale herniée, et les manœuvres peu méthodiques et sans cesse répétées que le malade employait pour faire rentrer sa hernie. C'est peut-être aussi à cette grande facilité que l'intestin avait à sortir de la cavité abdominale, que le malade dut de ne pouvoir conserver aucun bandage, car au moindre effort, et sa profession de porte-poche l'obligeait à enlever souvent des fardeaux, l'intestin passa t au dessous de la pelote, d'où compression et douleur qui forçaient d'enlever le bandage.

La marche lente des accidents, puisque le malade a vécu dix-huit jours, n'est pas non plus un fait sans intérêt. Cette marche, jointe à la sortie de temps en temps de quelques petits morceaux de matières et de gaz intestinaux, est venue, dès les premiers jours, nous faire croire que, bien probablement, nous n'avions point affaire à un étranglement par le collet du sac herniaire, mais bien à un étranglement d'une autre espèce, tout à fait impossible à déterminer. C'est cette circonstance seule qui vint nous détourner de l'idée d'une opération. Car bien que, dans les réductions en bloc des hernies étranglées, la présence d'une tumeur au voisinage de l'anneau soit à peu près le seul signe qui doive guider le chirurgien dans l'opération, et les annales de l'art offrent un certain nombre de cas où elle a été faite avec un plein succès, cependant plusieurs faits aussi ont été publiés, dans lesquels, bien qu'il n'y eût aucune tumeur sensible, on aurait pu peut-être opérer avec quelques chances de succès; tel est, entre autres, un fait rapporté par M. Sanson, aujourd'hui professeur à l'école de médecine de Paris (Voyez: *Transactions Médicales*, juillet 1830).

Toutefois, dans ces cas difficiles, un chirurgien prudent devra bien peser toutes les circonstances actuellement existantes, avant de se décider à une opération hasardeuse qui pourrait compromettre l'art et l'artiste. C'est ce que prouve un fait dû encore à M. Sanson. En effet, dans un cas de cette espèce, un chirurgien célèbre, appelé en consultation, crut, d'après l'état du malade et les signes non équivoques d'un étranglement interne, devoir proposer l'opération et pensa qu'il fallait la pratiquer, même en l'absence de tout signe sensible d'existence de la tumeur étranglée, soit dans le canal inguinal, soit dans l'abdomen, au voisinage de l'anneau. L'opération avait été résolue et M. Sanson avait déjà tout préparé, lorsque ce chirurgien, palpant l'abdomen avec beaucoup de soin, crut sentir profondément une tumeur allongée en forme de colonne et pensa que ce pouvait bien être le colon rempli de matières fécales durcies. Des lavements appropriés furent administrés, les matières expulsées et, par là, le malade soustrait à ses accidents et à une opération incertaine.

Au reste, il est peu de maladies qui aient donné lieu à autant de méprises que les hernies, comme le prouvent les faits nombreux que j'ai indiqués dans un mémoire dont la première partie a été publiée, il y a quelques années, dans les *Archives générales de Médecine*. Tout récemment encore j'ai observé un cas d'étranglement interne ou d'obstacle au cours des matières fécales, coïncidant avec une tumeur épiploïque inguinale très-ancienne qui, si la malade ne s'y fût refusée, m'aurait fait pratiquer une opération tout à fait inutile.

Il s'agit d'une femme déjà âgée et portant depuis longtemps une hernie épiploïque irréductible. Tout à coup des symptômes d'étranglement se manifestent et bientôt menacent l'existence de la malade. Après avoir essayé inutilement de réduire cette hernie, et employé avec persévérance tous les moyens que l'art prescrit en pareil cas, je proposai l'opération, bien que la tumeur ne fût le siége ni de douleur, ni de rougeur, et que la malade m'assurât

Digitized by Google

qu'elle n'était pas le point de départ des coliques qu'elle éprouvait. L'opération fut refusée, les accidents marchèrent avec rapidité, bientôt les matières fécales furent vomies, et tout me faisait présager une mort prompte, lorsque, revenant de nouveau à l'emploi d'un lavement fortement chargé de tabac et d'émétique, j'eus le bonheur de vaincre l'obstacle au cours des matières fécales et de voir guérir le malade. Quel était cet obstacle? Je ne puis le dire, mais ici l'opération me paraissait fortement indiquée, et cependant il est probable qu'elle eût été au moins inutile.

Depuis sept ans que j'exerce la médecine à Loudun, j'ai eu occasion d'observer un certain nombre d'accidents plus ou moins graves, résultant de la piqûre de divers insectes. Parmi les faits que j'ai recueillis et qui formeront la base d'un travail que j'espère pouvoir publier bientôt, je choisirai le suivant digne, sous plus d'un rapport, de fixer l'attention des praticiens.

Obs. III.—Madame Guillot, âgée de cinquante ans environ, reçut, vers la fin du mois d'avril 1837, des fagots, dont elle porta elle-même des débris au feu. Dès le même soir, elle ressentit, sous l'aisselle du côté gauche, de la démangeaison et quelques picotements. Deux jours plus tard, c'est-à-dire le 25, en se réveillant, elle éprouva une sensation de piqûre sous la mamelle gauche, sensation qui devint de plus en plus incommode. Elle appela alors sa fille qui, soulevant la mamelle, aperçut un insecte qui, déjà entré en partie sous la peau, faisait de continuels efforts pour pénétrer plus profondément. Je fus appelé aussitôt, et reconnus un insecte du genre *Ricin*, connu vulgairement sous le nom de *Tique*, ou de *Passe*. Je le saisis par le corps et voulus lui faire lâcher prise; mais la traction que j'opérai produisit une douleur si vive dans toute la mamelle et jusque sous l'aisselle, que je me décidai à emporter d'un coup de ciseaux, la portion de tissu que l'insecte tenait si fortement. Il y eut à peine écoulement de quelques gouttelettes de sang.

Ayant eu occasion, deux ans auparavant, d'observer chez un homme les effets de la piqûre d'un insecte semblable, piqûre qui, située sous l'aisselle avait donné lieu à la formation d'une phlyctène, puis d'une eschare arrondie et assez profonde, je prévins madame Guillot des accidents qui pourraient survenir, et je me bornai à cautériser assez fortement la petite plaie avec le nitrate d'argent, à faire recouvrir la mamelle avec des cataplasmes de farine de grains de lin bouillie dans une eau de pavôts.

Le 26, sur les trois heures de l'après-midi, je revis la malade : alors il y avait de la fièvre, une sensation de fatigue dans tous les membres, langue sèche, sans rougeur prononcée, soif assez vive; autour de la piqûre faite par l'insecte, existait une ecchymose violacée, large comme une lentille : et autour de cette ecchymose, dans l'étendue de cinq à six lignes, un gonflement de la peau et du tissu graisseux sous-jacent, très-douloureux au toucher, la mamelle était fort sensible, et sous l'aisselle existaient quelques ganglions lymphatiques engorgés et très-douloureux. L'aisselle et la mamelle du côté opposé ne présentaient rien de semblable. (Cataplasmes laudanisés, bain, boissons délayantes.)

Le 27, l'ecchymose violacée, dont j'ai parlé, s'est agrandie, et, sur toute la mamelle, il existe une rougeur érysipélateuse. (Frictions mercurielles.)

Le 28, la malade n'a pas dormi, même état de la mamelle, qui est très-sensible au toucher.

Le 29, même état; peu de fièvre, soif nulle, mamelle toujours rouge et douloureuse. (Bains, frictions mercurielles.)

Le 30, la rougeur de la mamelle a diminué du côté de la clavicule, mais s'est étendue en dehors. Sur l'ecchymose de la piqûre, qui présente alors le diamètre d'une pièce d'un franc, existe un soulèvement de la peau, véritable phlyctène. (Limonade, soupe, frictions mercurielles.)

Le 3 mai, le sein était revenu à sa couleur et à son volume ordinaire, mais la phlyctène s'était rompue et avait laissé à découvert une eschare noire, régulièrement arrondie, à peu près de la grandeur d'une pièce de deux francs, et circonscrite par un cercle rouge; du reste pas de fièvre, pas de soif, peu d'appétit. (Incision de l'eschare, emploi d'un digestif simple, cataplasmes émollients.)

Le 5 mai, l'eschare était complétement détachée et avait laissé une plaie exactement arrondie, profonde d'une ligne environ, à bords coupés à pic, comme si la perte de substance avait été faite avec un emporte-pièce. Du reste cette plaie était vermeille; elle fut lavée avec le chlorure d'oxide de sodium à trois degrés, et pansée avec un linge troué recouvert d'un plumasseau de charpie trempé dans l'eau chlorurée.

Dès lors, le mal réduit à l'état de plaie simple, ne présenta plus rien de particulier; tous les accidents disparurent, l'appétit revint, la malade put faire un peu d'exercice, mais, en raison de sa forme arrondie et de la disposition de ses bords, la plaie fut lente à guérir, et plus de quinze jours furent nécessaires pour obtenir une cicatrisation complète.

Des faits presque en tout semblables ont été observés et publiés par M. Dubreuilh, en 1838; ce sont les seuls que mes nombreuses lectures m'aient fait connaître.

L'Expérience.—Août 1840.

Digitized by Google

Fracture du crâne par arme à feu; destruction du nerf de la septième paire; altération profonde des nerfs de la cinquième et de la sixième paire, du côté droit; paralysie du mouvement et de la sensibilité tactile de la face du même côté; conservation des sens de la vue, de l'odorat et du goût; observation recueillie par M. Bérard, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker.

M. J., âgé de 64 ans, se tira à bout portant un coup de pistolet au niveau du conduit auditif externe du côté droit, qui fut suivi d'une chute sur les genoux sans perte de connaissance; immédiatement après, M. J. saisit un second pistolet, le présenta au front en le dirigeant un peu obliquement par rapport à la surface du crâne; la balle glissa de bas en haut et sortit à 37 millimètres environ de distance du point frappé, après avoir labouré les parties molles.

Cette dernière plaie paraissait être bornée aux parties molles; celle du conduit auditif un peu oblique de bas en haut et d'avant en arrière donnait au conduit auditif un aspect noir et fendillé, et fournissait un écoulement de sang mêlé de débris de substance cérébrale.

Une seule balle a été retrouvée dans la chambre du malade, et il a été impossible de sentir l'autre au fond de la plaie de l'oreille. L'intelligence était parfaitement conservée. Le malade portait fréquemment la main vers le côté droit du visage qui lui semblait énormément tuméfié.

La déglutition paraissait un peu difficile; mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'était la préoccupation du malade qui, semblant ne pas s'apercevoir que le bord du verre qu'il portait à la bouche touchait aux lèvres du côté droit, cherchait avec sa main à mettre ces parties en rapport, et attribuait au gonflement des lèvres de ce côté la gène qu'il éprouvait.

On a noté en outre chez ce malade, 1° paralysie de l'orbiculaire des paupières du côté droit, comme cela s'observe généralement dans la paralysie de la septième paire; 2° paralysie du muscle droit externe de l'œil du côté droit, et par conséquent strabisme résultant du défaut de parallélisme des deux yeux, toutes les fois que le malade voulait tourner ses yeux du côté droit; 3° insensibilité complète de la conjonctive oculaire et palpébrale au contact des corps étrangers; 4° netteté de la vue qui était égale pour les deux yeux; 5° insensibilité complète de la cavité droite du nez, au contact des corps étrangers avec persistance de la faculté de percevoir l'odeur des corps odoriférants approchés exclusivement de la narine droite; 6° conservation de la mobilité normale de la langue avec la netteté physiologique de la faculté de percevoir les goûts de différentes substances déposées sur la moitié droite de la langue, et insensibilité complète de cette partie au contact des corps étrangers; 7° immobilité et insensibilité complètes de la moitié droite de la face. Enfin, à partir du huitième jour, l'état du malade s'aggrava d'une manière notable; il y eut de l'agitation, du délire, et le bras et la jambe gauches perdirent leur sensibilité, leurs mouvements, et devinrent complétement paralysés.

A l'ouverture, faite 24 heures après la mort, on a trouvé ce qui suit: « Une légère ecchymose de quelques millimètres d'étendue existe dans la partie du cerveau qui répond au lieu où le second coup de pistolet a été tiré.

» La partie pierreuse du temporal du côté droit est fracturée comminutivement; une branche de la fracture suit le bord supérieur du rocher dans toute sa longueur.

» Le nerf de la cinquième paire est injecté; ses filets sont ramollis et se déchirent facilement au niveau du bord supérieur du rocher et sur la face supérieure de cet os. La sérosité qui l'environne dans ce point a disparu. Le ganglion de Gasser offre des lésions analogues à celles du nerf trifacial; ses filets nombreux sont mous et se déchirent avec tant de facilité qu'il est impossible de les suivre. Les nerfs qui naissent du ganglion sont sains; le maxillaire supérieur seul est un peu injecté.

» Le nerf de la sixième paire est un peu rouge et moins consistant que celui du côté opposé, dans la partie de son trajet qui répond à l'apophyse clinoïde postérieure.

» Le nerf facial est complétement détruit dans une partie de son trajet à travers l'aquéduc de Fallope.

» Les autres nerfs sont exempts de lésions.

» L'hémisphère gauche du cerveau est sain; la surface de l'hémisphère droit est sèche; l'arachnoïde et la pie-mère sont accolées à la pulpe cérébrale sans interposition aucune de sérosité.

» La partie du lobe moyen de l'hémisphère droit qui repose sur le rocher présente une perte de substance correspondant à la fracture du rocher, et qui conduit à une cavité creusée dans l'épaisseur de ce lobe. Cette cavité, partout limitée par de la pulpe cérébrale, pourrait contenir un petit œuf de poule; elle renferme du pus, de la matière cérébrale réduite en bouillie, et, de plus, dans sa partie postérieure, une balle, dont la surface est inégale, irrégulière, déformée, changement qu'elle a dû subir en traversant cette partie résistante des os du crâne, qui renferme l'oreille interne.

» La substance du cerveau qui avoisine la caverne purulente dont nous venons de parler est rouge, injectée, ramollie, et, çà et là, infiltrée de pus. »

Toutes ces lésions cadavériques, et en particulier

Digitized by Google

celles de l'hémisphère droit, des cinquième, sixième et septième paires de nerfs rendent parfaitement compte des troubles de la locomotion et de la sensibilité tactile observés dans les membres opposés à la lésion et dans la moitié de la face du côté correspondant à cette dernière.

« Mais si nous voyons jusqu'ici les lésions pathologiques concorder d'une manière parfaite avec les symptômes, si ces lésions confirment les doctrines admises par les physiologistes modernes, il n'en est plus de même quand on examine ce qui s'est passé du côté des organes des sens. En effet, les fonctions spéciales de l'œil, de la narine, de la moitié droite de la langue n'étaient point abolies.

» Cependant, M. Magendie affirme que l'intégrité de la cinquième paire de nerfs est indispensable pour l'accomplissement des fonctions des organes des sens. Or, le fait qui nous occupe est en opposition avec la doctrine soutenue par le célèbre physiologiste français, puisque nous voyons d'un côté la cinquième paire lésée, de l'autre la conservation du sens de la vue, de l'olfaction et du goût, du côté correspondant à la blessure. On pourrait, il est vrai, soutenir que la cinquième paire n'était pas assez malade pour que ses fonctions fussent abolies; mais alors pourquoi la paralysie complète des sentiments? Dira-t-on que la destruction du nerf trifacial n'étant pas complète et consistant seulement en une contusion et ramollissement de ses filets, quelques-uns auraient pu échapper aux désordres démontrés par l'autopsie? Nous avouons que nous ne saurions être satisfaits d'une semblable explication. Il ne nous semble nullement vraisemblable d'admettre que la lésion dont le nerf a été le siége, ait pu porter exclusivement son action sur une portion du nerf qui serait en rapport avec la sensibilité tactile, si complétement abolie dans toute la moitié droite de la face, y compris les organes des sens, et que cette lésion ait laissé subsister dans toute son intégrité une autre fonction dont, selon M. Magendie, ce même nerf serait également l'organe de transmission, nous voulons dire la faculté de voir, de goûter, de sentir.

» Si le fait que nous avons rapporté contrarie les doctrines de M. Magendie, en ce qui touche les usages de la cinquième paire, il se trouve aussi en opposition avec l'opinion généralement admise que le nerf lingual est destiné à conduire l'impression des saveurs. En effet, la partie de la langue dans laquelle ses filets se répandent, avait conservé sa sensibilité spéciale, et pourtant, la sensibilité tactile y était abolie comme partout ailleurs. Comment nous rendrons-nous compte d'un pareil phénomène? Ne se pourrait-il pas que la fonction de conduire l'impression des saveurs fût confiée à un seul nerf, et que sous ce point de vue, le sens du goût ne dérogeât point à la loi établie pour ceux de l'olfaction, de l'ouïe et de la vision. Le glosso-pharyngien joue peut-être le même rôle que les nerfs auditif, optique et olfactif. De ce que l'on ne peut suivre les filets de ce nerf dans toutes les parties de la langue où s'accomplit l'impression des saveurs, s'ensuit-il qu'il faille admettre d'autres nerfs pour remplir cette fonction? nous ne le pensons pas. Le sens du goût est comme les autres, constitué par une membrane douée partout de la faculté de percevoir l'impression; il suffit qu'un des points de la membrane soit en contact avec le nerf conducteur, pour que la transmission ait lieu. Quoi qu'on en ait dit de l'épanouissement du nerf optique, il est certain que ses filets s'arrêtent à la jonction du nerf avec la rétine, et cependant l'impression s'accomplit sur tous les points de cette dernière; on ne peut non plus démontrer des ramifications du nerf olfactif dans toutes les parties de la membrane de Schneider; mais c'est la peau surtout qui nous fournit un exemple probant en faveur de cette doctrine. Quel est le point de cette membrane qui ne soit doué de sensibilité? Et pourtant aucun anatomiste ne s'est avisé de prétendre que partout où le contact de la pointe d'une épingle fait naître de la douleur, un filet de nerf venait aboutir cette partie de l'enveloppe tégumentaire.

GAZETTE MÉDICALE. — Août 1840.

Observation d'ablation de l'os maxillaire supérieur en totalité, pour une affection indépendante de cet os.—Guérison; par le docteur ACHILLE FLAUBERT, chirurgien en chef adjoint de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Lorsque M. Gensoul soumit, en 1833, l'ablation totale de l'os maxillaire supérieur à des règles positives, cette opération avait été déjà pratiquée plusieurs fois; depuis elle a été exécutée plus souvent encore. Aux nombreux exemples publiés par M. Velpeau (1), j'en pourrais ajouter trois que j'ai recueillis à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans le service de mon père; mais quelques observations ajoutées à toutes celles qui existent seraient assez insignifiantes, aussi ne les publierai-je pas. Je n'aurais point non plus fait connaître l'opération que je viens de pratiquer, si elle eût été faite dans les circonstances habituelles, c'est-à-dire pour une affection du sinus maxillaire; mais dans l'observation suivante, l'os maxillaire supérieur était sain, je le savais avant d'entreprendre l'opération, et je ne l'enlevais en totalité, que

(1) Médecine opératoire, deuxième édition, t. II, p. 625 et suivantes; t. III, p. 616.

Digitized by Google

pour pouvoir attaquer avec avantage un polype volumineux des fosses nasales et de l'arrière-gorge.

Pierre Louis Despretz, âgé de 23 ans, garçon de ferme dans un village voisin de la ville d'Eu, d'une petite stature, ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'au développement de l'affection actuelle, né de parents qui n'ont jamais eu d'affections cancéreuses, entra à l'Hôtel-Dieu de Rouen le 2 mai 1839.

Lors de son entrée, on constata l'existence d'un polype qui, développé dans la narine gauche, s'avance jusqu'à l'ouverture antérieure de cette narine qu'il dilate, repousse fortement à droite la cloison des fosses nasales, a détruit toute la portion osseuse de la voûte palatine; cette voûte de concave qu'elle est habituellement est devenue convexe; sa muqueuse est intacte, mais elle existe seule et se moule sur la partie inférieure du polype; la voûte osseuse a presque complétement disparu, il n'en reste qu'une très-petite portion sur les parties antérieures et latérales; le voile mobile a changé sa direction : d'horizontal il est devenu oblique en bas et en arrière, et semble élargi; il ne recouvre qu'une partie du polype qui descend jusque près de l'épiglotte. La couleur de ce polype est rouge, sa consistance assez dense; il n'a jamais été douloureux et ne l'est pas encore, mais il donne lieu à des épistaxis abondantes et répétées, qui viennent spontanément, ou que produisent les causes les plus légères. Respiration gênée, bruyante surtout pendant la nuit, où, de temps à autre, il y a menace de suffocation, et toujours un ronflement incommode aux autres malades. L'air ne traverse pas la narine gauche, mais la droite est libre; voix fortement nasillarde, mastication et déglutition pénibles; ouïe intacte, odorat obtus. D.. fait remonter à près de cinq ans l'origine de sa maladie; il n'a employé aucun moyen pour la combattre.

Des recherches répétées, à l'aide du doigt et du stylet boutonné, n'ayant pu éclairer sur le point d'insertion du polype, mon père l'attaqua successivement par l'ouverture antérieure et par l'ouverture postérieure des fosses nasales, au moyen d'un fil de chanvre passé dans un bout de sonde élastique, suivant le procédé d'A. Dubois. Le 23 mai, la ligature fut solidement appliquée, et le sixième jour une portion de la grosseur d'un œuf de poule se détacha : elle avait tous les caractères des polypes fibreux. Le malade fut soulagé, mais non pas guéri. Les jours suivants, une nouvelle portion fut liée avec le fil d'argent, mais sans laisser les narines libres. La portion saillante à la voûte palatine restait aussi entière et aussi grosse qu'avant l'application des ligatures, dont aucune n'avait pu l'embrasser; on incisa d'avant en arrière toute la muqueuse qui revêt la voûte palatine, et l'incision prolongée en arrière divisa en deux parties égales le voile du palais et la luette. Le polype fut à découvert dans une grande étendue, et on put placer sur lui une ligature en suivant le procédé déjà indiqué. Cette ligature resta appliquée dix jours, du 12 au 21 juillet; pendant ce temps, le serre-nœud appuya sur le bord supérieur de l'aile du nez, l'écarta, et y produisit une échancrure assez profonde. A la chute de cette portion qui était aussi volumineuse et avait les mêmes caractères que la première, la voûte palatine présenta une large fente qui communiquait avec les fosses nasales, et offrait une grande analogie avec le vice de conformation que présentent les sujets affectés du bec de lièvre compliqué d'un arrêt de développement de la voûte palatine. Le doigt, porté par cette ouverture, distinguait encore des portions de polype; mais D... qui, dans ces diverses opérations, avait perdu beaucoup de sang, et qui, en outre, a des épistaxis spontanées, s'infiltra; on le soutint avec des toniques, et, le 25 juillet, on le renvoya à la campagne, avec recommandation de revenir, quand sa maladie aurait fait quelques progrès.

Le 12 mars 1840, Despretz se présente de nouveau à l'Hôtel-Dieu. Il offre l'état suivant : tout le côté gauche de la face est plus saillant que le droit; la joue plus pleine et plus soutenue; l'œil projeté en avant, l'apophyse montante du maxillaire supérieur déjetée en avant et en dehors, est désarticulée d'avec la partie correspondante de l'os propre du nez, d'où résulte, entre ces deux os, un écartement très-sensible au toucher. La narine est plus ouverte que celle du côté droit. Toute la portion horizontale de la voûte palatine et tout le voile sont écartés l'un de l'autre sur la ligne médiane de près de trois centimètres; la muqueuse qui, après sa section, au mois de juillet précédent, offrait deux voiles latéraux flottants, est ratatinée, et forme de chaque côté un bourrelet qui recouvre la portion restante de la voûte osseuse. Tout l'écartement que je viens d'indiquer, et la partie supérieure du pharynx, sont exactement remplis par la partie inférieure du polype, qui, comme la première fois que nous avons vu le malade, forme la paroi supérieure de la cavité buccale, mais qui, aujourd'hui, est à nu et présente des bosselures rosées, denses, petites et de volume à peu près égal entre elles. Le doigt, porté aussi profondément que possible, constate qu'en arrière la tumeur est de même consistance, plus lisse et fortement accolée à la paroi postérieure du pharynx. Le stylet boutonné, introduit par la narine gauche, ne peut pas s'engager entre les parties supérieures et latérales du polype et les parois correspondantes des fosses nasales; lorsqu'on le porte en bas, on le voit saillir dans la bouche sur les parties latérales et antérieures de la tumeur. Toutes les dents de la mâchoire supérieure sont saines et immobiles; les os

Digitized by Google

maxillaires sont sains; pas de douleurs dans la tumeur; larmoiement de l'œil gauche; vision aussi parfaite à gauche qu'à droite; les autres troubles fonctionnels sont les mêmes que lors du premier séjour du malade à l'Hôtel-Dieu; son état général est satisfaisant, bien qu'il soit débilité par de fréquentes pertes de sang. A deux reprises différentes, le 18 et le 23 mars, mon père essaya de placer des ligatures, mais ses essais furent infructueux, une seule fois il parvint à saisir une partie de la tumeur; mais le lendemain la ligature avait glissé, et l'anse de fil saillante dans la bouche fut retirée.

Je pensai dès lors, 1° que toutes les tentatives de ligature échoueraient comme elles avaient déjà échoué, à cause des nombreuses insertions de la tumeur; 2° que les autres procédés seraient ou non applicables, ou aussi peu suivis de succès; 3° que la tumeur déjà énorme continuerait à faire des progrès et tuerait infailliblement le malade; 4° qu'il n'y avait qu'un moyen de salut, et que ce moyen consistait à enlever l'os maxillaire supérieur gauche; qu'alors le polype serait largement à découvert; que l'on pourrait agir sur lui avec connaissance de cause, et enlever le mal dans ses racines.

Mon père adopta de tous points cette manière de voir, et me chargea de l'opération que je pratiquai de la manière suivante, le 13 avril.

Le malade est assis sur une chaise. La grande incisive gauche arrachée, je pratique alors une incision droite et légèrement oblique en dehors et en bas, qui commence au niveau et un peu en dedans de l'angle interne de l'œil, passe au côté externe de l'aile du nez, et se termine à la commissure des lèvres; une seconde incision commencée au niveau de l'angle externe de l'œil, à près de quatre centimètres en dehors, sur l'extrémité de l'arcade zygomatique, vient tomber sur la première, au niveau du bord inférieur de l'aile du nez : ces deux incisions pénètrent du premier coup jusqu'aux os. La lèvre supérieure est disséquée jusqu'à la ligne médiane; la lèvre interne de la première incision l'est ensuite de manière à isoler complétement tout le bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire. Deux incisions sont faites sur le rebord alvéolaire, l'une en avant verticale, un peu à gauche de la ligne médiane, l'autre en arrière partant du point où commence la division de la voûte palatine, et venant se confondre avec la première. Je détache le lambeau supérieur triangulaire en rasant l'os, et ensuite le bord orbitaire inférieur, la face inférieure de l'orbite, et je coupe le nerf sous-orbitaire aussi profondément que possible. Un ciseau est porté horizontalement et d'avant en arrière sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur et sur le bord inférieur de l'os planum, au niveau de son articulation avec la portion orbitaire du maxillaire supérieur. Sur l'indicateur gauche porté dans l'orbite, je glisse une aiguille à suture fort recourbée qui pénètre par l'extrémité antérieure de la fente sphéno-maxillaire, et ressort sous le bord inférieur de l'os malaire; cette aiguille entraîne une scie à chaînette, et le malaire est scié verticalement et d'arrière en avant. La même aiguille portée par la narine gauche vient ressortir à la partie antérieure de la voûte palatine, et la scie qu'elle entraîne divise le maxillaire, suivant la direction des deux incisions pratiquées à la muqueuse buccale. Je porte le ciseau en arrière de la tubérosité malaire du maxillaire sur l'articulation de cet os avec le palatin, et je peux alors luxer l'os et l'enlever en totalité. Le polype est à découvert dans une grande étendue, et l'on peut reconnaître qu'il adhère largement, en dehors à l'aile interne des apophyses ptérygoïdes, à droite à la plus grande partie de la cloison des fosses nasales qu'il a fortement rejetée vers leur paroi externe, en haut à l'ethmoïde et au corps du sphénoïde, en arrière à la paroi postérieure du pharynx. Je cerne la tumeur avec le bistouri, et, après en avoir isolé toute la partie antérieure, je l'enlève pour me donner plus de facilité; la partie postérieure est saisie avec une érigne, et, me servant tantôt de ciseaux courbes, tantôt du bistouri, je parviens à l'enlever en totalité, et à ne laisser sur les os que la partie intimement adhérente; j'ai enlevé de la paroi postérieure du pharynx un lambeau ovalaire, dont le grand diamètre vertical a au moins trois centimètres d'étendue, et qui n'intéresse que la muqueuse. L'aspect et la consistance des nombreux et larges pédicules, reconnaissables à leur couleur plus blanche que celle des tissus voisins, n'indiquant point de dégénérescence cancéreuse, je n'applique pas les cautères rougis qui étaient préparés. Deux points de suture à points séparés rapprochent la partie supérieure de la première incision, celle qui correspond au sillon naso-génien; sept points de suture entortillée réunissent les autres incisions, savoir : trois points pour la partie de la première incision comprise entre l'aile du nez et la commissure des lèvres, et quatre pour la seconde incision.

Après l'ablation du maxillaire, et pendant la dissection de la plus grande partie de la tumeur, le malade a perdu une très-grande quantité de sang qui venait en nappe de la partie supérieure du polype et de plusieurs points à la fois; il y eut, pendant cette seconde partie de l'opération, deux syncopes et, à deux reprises aussi, des convulsions très-prononcées; avant la fin de la dissection, ces deux accidents avaient cessé, et l'hémorrhagie avait cessé également.

Examen des parties enlevées. 1° Le maxillaire supérieur, isolé aux points indiqués, est fortement aplati de dedans en dehors, de sorte que son sinus

Digitized by Google

est presque complétement effacé ; il ne reste qu'une très-petite cavité qui est refoulée à la partie supérieure de l'os ; sa partie inférieure n'en présente plus de traces. La face externe de l'os n'est pas altérée, l'interne est légèrement concave ; la supérieure offre le nerf sous-orbitaire qui a été coupé à un centimètre en arrière du point où la gouttière qui le reçoit se convertit en canal. Le canal nasal est aplati de dedans en dehors ; il est presque entièrement oblitéré à sa partie inférieure. La portion horizontale de l'os est réduite à une lamelle fort mince, dirigée en bas, et dont le bord inégal et tranchant se perd entre les deux feuillets de la muqueuse qui se réfléchit sur lui pour passer de la cavité buccale dans les fosses nasales. Le cornet inférieur, réduit à une lame osseuse fort mince, flexible, sans rugosités, est légèrement concave en sens inverse de sa courbure normale, et accolé à la face interne de l'os maxillaire sur laquelle il se moule. La muqueuse des fosses nasales, saine, remarquable par sa ténuité et le poli de sa surface, se continue sans interruption avec la muqueuse qui appartient à la voûte palatine. Aucune adhérence n'existait entre le polype d'une part, et le maxillaire ou sa muqueuse de l'autre. 2° En réunissant les deux parties du polype, on a une tumeur qui, sans en avoir la forme, a le volume d'une orange, et qui, par ses caractères, semble tenir le milieu entre les polypes fibreux et les sarcomateux ; elle est dense, ferme, pesante, crie sous le bistouri, résiste à la section, est composée de fibres ou faisceaux, blanchâtres, entrecroisées comme les premiers, et qui, comme eux, n'était pas douloureuse. Elle se rapproche des polypes sarcomateux, en ce qu'elle est colorée assez fortement à la surface, que çà et là elle contient entre les fibres plus de vaisseaux sanguins qu'il n'y en a dans les polypes fibreux, et qu'enfin elle donnait lieu à des hémorrhagies abondantes et répétées.

Dans la journée, il ne s'est écoulé par la bouche de l'opéré que peu de liquides, le pouls est resté calme et faible.

Le 14, il y a eu quelques heures de sommeil, plénitude et fréquence du pouls, moiteur de la peau ; pas de douleurs. Limonade.

Le 15, même état général ; tension et rougeur de la joue, dues à la présence des aiguilles ; les paupières de l'œil gauche participent à cette inflammation, et sont infiltrées ; parole très-difficile. Limonade.

Le 16, larmoiement ; tension et rougeur des paupières et de la joue moindres. Pas de selles depuis le jour de l'opération ; pouls encore un peu plein et fréquent ; état général très-satisfaisant. Lavement, soupes.

Le 17, le mieux continue ; l'inflammation de la joue est tout à fait tombée.

Le 18, cinquième jour de l'opération, je retire les épingles et les deux fils de la suture séparée. Dans la journée, Despretz se sent assez fort pour se lever, sans qu'on le lui ait permis, et pour descendre de la salle qui est au second étage, se promener dans la cour.

Le 19, les fils sont tombés ; les deux incisions sont réunies par une cicatrice linéaire. Plus de larmoiement.

Le 20, D... commence à manger du pain, et le fait avec assez de facilité.

Le 22, il ouvre aisément la bouche, et l'on peut voir les surfaces qui ont été mises à nu, les unes recouvertes de petits bourgeons charnus, les autres enduites d'une couche assez épaisse de pus blanchâtre, adhérent. (Gargarismes émollients ; exposer la bouche à la vapeur de l'eau tiède.) Le larmoiement a complétement cessé ; il n'y en a eu que pendant 36 heures environ. Sans doute il était dû à l'engorgement inflammatoire qui a suivi l'opération, engorgement qui portait sur les conduits lacrymaux ou sur la portion restante du sac.

Le mieux continue les jours suivants, et le 30 avril Despretz quitte l'Hôtel-Dieu complétement guéri ; sa joue est aussi grosse et aussi bien soutenue que l'autre.

L'opération que j'ai pratiquée est, je crois, remarquable sous plusieurs rapports.

1° Ablation du maxillaire pour une maladie indépendante de cet os. — J'étais certain que le maxillaire n'était pas le point de départ du mal, et je pensais qu'il y était encore étranger, car tout ce que l'on pouvait en examiner avant l'opération était sain. Si contre mon attente il eût été malade, ou que le polype eût envoyé, par exemple, un prolongement dans le sinus maxillaire, l'opération n'en était que mieux indiquée et le manuel opératoire n'était pas changé ; j'aurais coupé le polype près de l'os et continué l'opération.

2° Incisions. — Les deux incisions que j'ai pratiquées sont préférables à celles de MM. Gensoul et Velpeau : je ne parle pas de toutes celles que l'on trouve indiquées dans la médecine opératoire de ce dernier chirurgien, elles y sont décrites très-brièvement et d'ailleurs ne sont pas données comme applicables à tous les cas. M. Gensoul fait trois incisions, je n'en ai fait que deux, et le maxillaire est tout aussi largement découvert. L'angle de réunion de l'incision externe et de l'incision horizontale de M. Gensoul est très-voisin du canal de Sténon, et ce canal pourrait être coupé : mes incisions en sont fort éloignées. M. Velpeau ne fait qu'une incision : sous ce rapport, son procédé l'emporte, mais il a des inconvénients. M. Velpeau dit que cette incision ménage le canal ; j'ai été moins heureux que lui en répétant son procédé sur le cadavre, je l'ai coupé, et l'on sera, je crois, convaincu qu'il doit l'être souvent, si l'on

jette les yeux sur la planche LXIVe de la *médecine opératoire* de M. Bourgery. Assurément je n'attache pas une grande importance à la section de ce canal, mais mieux vaut l'éviter. Cette incision unique ne permet pas de découvrir assez haut l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Certes, avec cette incision unique, on peut faire l'opération, mais on n'a pas de place pour manœuvrer, on est gêné; et M. Velpeau, lui-même, reconnait que, bonne pour enlever une portion du maxillaire, cette incision doit le céder à celles de M. Gensoul, quand il faut enlever l'os en totalité.

3° Application de la scie à chaînette.—Cette idée est, je crois, de beaucoup préférable à la scie cultellaire employée par M. Velpeau. Quel que soit le peu de longueur de la lame de cette scie, elle doit et léser les parties molles voisines, et être d'une application bien difficile : dans tous les cas la section est bien moins rapide qu'avec la scie à chaînette. Chez tous les malades on ne pourrait pas employer cette dernière, car quelquefois l'extrémité antérieure de la fente sphéno-maxillaire est fort étroite et ne permettrait pas à une scie, même très-mince, de s'y engager; mais la section est tellement rapide et nette que je crois que l'on peut, dans tous les cas, essayer de faire passer la scie. Si elle ne pénètre pas, on recourra au ciseau ou à la scie cultellaire. Pour diviser la voûte palatine dans les cas où elle est intacte, on pourrait porter la scie avec la sonde de Bellocq. On pourrait encore couper avec cette scie l'apophyse montante de l'os maxillaire, soit en perforant l'os unguis, comme semble l'avoir fait M. Stevens, soit en conduisant la scie dans le canal nasal après avoir largement ouvert le sac lacrymal ; mais je ne conseillerais pas cette conduite qui allongerait inutilement l'opération. Une fois l'apophyse montante divisée, il faut toujours prendre un ciseau pour pénétrer entre l'ethmoïde et la partie horizontale du maxillaire; il est donc plus simple et plus rapide d'appliquer de suite le ciseau sur l'apophyse montante. Quant à l'emploi de la scie il est certainement meilleur que celui du ciseau. On évite ainsi tout ébranlement, et l'on a une section plus nette. Ce second avantage sera surtout évident chez les vieillards. Chez un homme de 66 ans, opéré par mon père en 1837, le ciseau qui, d'ailleurs, était bien tranchant, avait plutôt brisé que coupé les os. La guérison n'en fut pas néanmoins retardée, le malade quitta l'hôpital le onzième jour, et il n'y avait aucune apparence de récidive le huitième mois, quand il succomba à une attaque d'apoplexie.

4° Au lieu de diviser l'os de la pommette en deux points, sur la racine de l'arcade zygomatique et vers l'apophyse orbitaire externe, comme on le conseille, j'ai pensé qu'il serait mieux de le couper à sa partie moyenne ; qu'ainsi l'on irait plus vite, et que la joue serait mieux soutenue ; le résultat a prouvé en ma faveur.

La plupart des chirurgiens qui ont pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur, ont remarqué que l'enlèvement du canal nasal et d'une partie du sac lacrymal n'amène pas de larmoiement après la guérison; chez Despretz, il n'y a pas eu non plus de larmoiement après l'opération, mais il y a cela de curieux qu'il existait auparavant. L'explication en est bien simple.

La récidive seule est à redouter maintenant, mais l'examen de la tumeur est rassurant. Elle était fibreuse, et la dégénérescence commençait à peine; il y a donc tout lieu d'espérer que la guérison sera durable.

GAZETTE MÉDICALE.—Août 1840.

Observation de luxation complète en arrière du pied gauche sur la jambe, consécutivement à la rupture du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne et à la fracture de la malléole externe, avec réflexions sur ce cas; par le docteur BALLOT, médecin à Gien (Loiret).

Loisy, terrassier (53 ans, taille au-dessus de la moyenne, constitution robuste), travaillait le 7 juillet 1839 à extraire des cailloux sur le flanc d'une colline creusée déjà à la profondeur de près d'un mètre sur une hauteur de plus d'un mètre et demi, et dont la partie supérieure ou voûte offrait une épaisseur de quatre à cinq décimètres de terre végétale, lorsque cette dernière s'éboula subitement en très-grande quantité. Loisy, en voulant se retirer, tombe sur le côté gauche; mais déjà le pied correspondant, placé plus en avant que celui du côté droit, avait reçu sur sa surface supérieure une grande partie de l'éboulement, circonstance qui l'empêche d'obéir à l'impulsion que lui communique le poids du corps, lequel, tombé rudement sur le talus d'un fossé, tendait à glisser fortement en bas et en avant. Les camarades du blessé le retirent, sans trop de difficulté, de dessous l'éboulement, dans lequel le pied gauche se trouvait enseveli, et le transportent à l'hospice où je ne pus le voir que vers deux heures de l'après-midi, c'est-à-dire sept heures environ après l'événement.

Indépendamment d'un gonflement médiocre et d'une ecchymose presque générale, le pied gauche présentait une difformité extrêmement remarquable et offrait un aspect tout particulier, résultant de la forte abduction de sa pointe coïncidant avec l'abduction du talon, et de ce que la jambe venait tomber

Digitized by Google

sur le milieu de l'axe antéro-postérieur du pied; ce qui donnait à ce dernier quelque analogie d'aspect avec le pied d'un échassier. En effet la distance de l'extrémité postérieure du talon au bord postérieur de la malléole interne, est de huit centimètres, la même distance sur le pied droit étant à peine de cinq centimètres; au lieu de la courbe légère qui réunit en arrière le pied à la jambe, une dépression très-forte existe entre la face postérieure de cette dernière et celle du talon. En avant, la distance qui sépare l'extrémité des orteils du bord antérieur de la malléole interne, est de 12 centimètres, la même distance sur le pied sain étant de 18 centimètres. La saillie correspondante à la malléole externe n'existe plus, la pointe du pied est tournée très-obliquement en dehors, et sa face interne tend à devenir inférieure : ces deux dernières dispositions anormales disparaissent facilement et sans douleur par une légère traction en sens inverse. Mais s'il est facile de faire cesser l'inclinaison latérale vicieuse du pied, il n'en est pas de même lorsqu'on veut ramener celui-ci à ses rapports normaux avec la jambe; en effet toute tentative pour porter *directement* cette dernière en arrière est horriblement douloureuse. — Dans cet état de choses, je fais asseoir le malade sur le pied d'un lit; un aide le soutient, un autre maintient solidement la jambe gauche vers la réunion du tiers moyen avec l'inférieur. De mon côté, saisissant à pleines mains le pied préliminairement ramené à angle droit avec la jambe, les quatre derniers doigts de chaque main réunis en arrière sur le talon et les deux pouces fortement arcboutés sur la partie antérieure du tibia, je commence par tirer le pied en bas, et presque immédiatement je refoule la jambe en arrière. En moins d'une seconde, un bruit articulaire très-prononcé et un cri aigu poussé par le malade annoncent la réduction. Le pied avait repris une conformation parfaite; cependant le doigt sentait, au niveau de la base de la malléole externe, une légère dépression transversale, au-dessous de laquelle la saillie osseuse offrait un peu de mobilité, sans qu'il fût possible toutefois de s'assurer de la crépitation, les mouvements qu'on cherchait à imprimer aux parties amenant de très-vives douleurs.

J'appliquai sur le champ le bandage de Dupuytren pour la fracture du péroné. Le malade fut saigné, mis à la diète et à l'usage des boissons délayantes et acidules. — Quoique la compression ne fût que médiocre, Loisy se plaignant de vives douleurs dans l'articulation, je me décidai, vers le dixième jour, à lever l'appareil; et, constatant alors qu'il n'existait aucune tendance à la déviation du pied en dehors, je me bornai, après une forte application de sangsues, à faire garder au malade une immobilité complète, son pied étant constamment enveloppé de larges cataplasmes émollients et narcotiques, maintenus à l'aide d'une bande roulée légèrement compressive.

Sous l'influence de ces moyens convenablement modifiés, les douleurs se calmèrent, et après quatre mois, depuis l'accident, le malade sortit de l'hospice, ne conservant qu'un peu de gène dans la marche, par suite de roideur dans l'articulation. Depuis, j'ai revu plusieurs fois Loisy qui a repris ses travaux habituels, et n'éprouve plus de difficulté dans les mouvements du pied.

L'observation de Loisy me paraît offrir un véritable intérêt eu égard surtout à l'existence incontestable de la luxation de la jambe en avant ou, pour parler le langage de l'école, du pied en arrière. Cette espèce de luxation, en effet, tout en étant moins rare que celle du pied en devant, paraît toutefois avoir été observée peu fréquemment; du moins, tandis que les recueils périodiques et les ouvrages spéciaux renferment un grand nombre d'observations de luxations latérales du pied et multiplient les exemples de luxations de l'astragale isolément, on n'y rencontre que bien rarement des observations de luxations du pied en arrière. C'est qu'en effet pour que cette dernière s'opère il faut au préalable une circonstance qui doit être fort rare, la rupture des deux malléoles ou de leurs ligaments, en même temps que par une force quelconque le corps est entraîné en bas et en devant, ou que le pied est énergiquement chassé en arrière.

Du reste, il est bien remarquable que ces circonstances, toutes graves qu'elles soient, entraînent en général des suites moins fâcheuses que celles qui accompagnent les luxations latérales : tel est au moins le sentiment de Boyer dont on connaît l'exactitude de pronostic; et l'observation de Loisy vient confirmer par la marche si bénigne des accidents l'opinion de cet habile maître.

ARCHIVES DE MÉDECINE.—Août 1840.

Plusieurs faits remarquables de névralgie traitée par l'acupuncture; par M. RIBERI, professeur de médecine opératoire à Turin.

Névralgie grave et chronique au pied. — Thérèse Martinotti, vingt-deux ans, tempérament lymphatico-nerveux, mélancolique, prédisposée à la scrofule, était habituellement sujette à des exaltations dans le système vasculaire, lesquelles se calmaient durant ses grossesses, pour reparaître ensuite aux époques des règles. Arrivée au terme de sa dernière grossesse, elle a été saisie de douleur intense au pied droit, qui la faisait beaucoup souffrir, surtout en marchant. Cette douleur augmenta après les couches, au point qu'elle était devenue in-

Digitized by Google

supportable ; le pied s'est gonflé, et une violente réaction cardiaco-vasculaire a eu lieu. Dix saignées et plusieurs applications de sangsues ont dû être pratiquées pour combattre cet état. La douleur cependant a persisté, et la malade a été obligée de garder le lit pendant dix mois consécutifs. Après cette époque elle est entrée à la clinique de M. Riberi, le 24 septembre 1838. Elle a offert les symptômes suivants :

Décubitus latéral gauche impossible; battements du cœur très-forts et étendus; palpitations fréquentes ; dyspnée; coloration facile du visage; pouls fréquent, serré, dur; peau chaude et sèche, inappétence, soif; agitation vers le soir; insomnie habituelle; excrétions rares; ventre tuméfié ; urines tantôt rouges, rares, tantôt limpides et abondantes; constipation; menstruation rare et douloureuse; pied douloureux au plus léger mouvement et au plus faible attouchement, chaud et rougeâtre, légèrement gonflé. Le siége des douleurs et du gonflement est dans l'extrémité externe des lignes articulaires tarso-métatarsiennes et calcanéo-cuboïdienne. De là les douleurs s'irradient quelquefois sur la jambe, et le gonflement s'étend à tout le dos du pied. Si l'on abaisse le pied de quelques lignes au-dessous du plan horizontal, les douleurs augmentent considérablement. Evidemment le point de départ de la souffrance était dans les nerfs du pied. Si l'on pinçait seulement à peine la peau de cette partie, la douleur augmentait, etc.

On traite la malade antiphlogistiquement. L'état général s'améliore à la longue, mais la névropathie pédieuse persiste cruellement.

« Cette persévérance désespérante du mal m'a fait enfin, dit l'auteur, avoir recours à l'acupuncture sur le pied malade. Je me suis, pour cela, servi d'aiguilles en acier très-fines. J'en ai implanté dix à douze que j'ai laissées dans les chairs pendant une heure. J'ai répété la même opération cinq à six jours après, et ainsi de suite pendant sept fois. La seconde fois, les aiguilles sont restées pendant deux heures, puis trois, puis quatre, puis cinq heures. Le soulagement que la malade a éprouvé a été tel, qu'après la première acupuncture elle pouvait se tenir sur le pied malade, et un mois après elle avait quitté le lit et se promenait, la douleur ayant entièrement disparu. Les règles ont repris leur cours normal, la santé générale s'est améliorée, et la malade est sortie deux mois après, dans un état parfait de guérison. Cet état ne s'est pas démenti depuis.

2° *Névralgie sacro-lombaire.* Giuseppe Vola, paysan, âgé de trente-huit ans, tempérament bilioso-sanguin, constitution vigoureuse, habituellement bien portant, a essuyé, en 1836, une sub-phlogose rhumatismale dans le testicule gauche, et des douleurs violentes aux lombes. Cette affection s'est terminée par une hydrocèle en quinze jours. Six mois après, cette tumeur avait acquis un volume très-considérable : M. Riberi l'a opérée par incision et guérie. Quelque temps après, la même affection s'est déclarée à l'autre testicule; hydrocèle, douleurs lombo-testiculaires. La tumeur a pris en six mois un accroissement énorme. M. Riberi l'a opéré à l'aide de la ponction et de l'injection de la teinture alcoolique d'iode. Quarante onces d'eau ont été extraits de la poche. Durant la période d'adhérence de la vaginale au testicule, le malade a été saisi de névralgie violente sacro-lombaire. L'hydrocèle a guéri; mais la douleur a persisté et est devenue atroce. « Je l'ai fait cesser comme par enchantement, dit l'auteur, à l'aide d'une seule acupuncture, dont la durée a été de trois heures. Trois jours plus tard, la douleur ayant reparu, mon premier aide de clinique a pratiqué la même opération, et le mal a disparu complétement. » M. Riberi n'indique point l'endroit où il a appliqué les aiguilles, ni leur nombre.

3° *Névralgie brachiale grave.* Une jeune personne, âgée de vingt ans, tempérament nervoso-sanguin, constitution plutôt faible, était souvent sujette à différentes affections nerveuses. Ayant été saignée du bras, elle éprouva, au moment de la piqûre, une sorte de tremblement violent et involontaire, avec douleur intense au pli du bras et contraction forcée de l'avant-bras. Cette contraction a persisté avec une telle violence que des attelles n'ont pas été suffisantes pour la surmonter, ni d'autres moyens. Alors la malade s'est fait recevoir à la clinique. Elle a offert l'état suivant : douleurs violentes, insomnie, dérangement des voies digestives par l'effet des souffrances. L'endroit de la cicatrice présente un petit nœud, presqu'imperceptible, qui n'est certainement pas la cause unique ni principale de la douleur. Celle-ci est continue, tantôt plus, tantôt moins violente, selon l'état de l'atmosphère. Le siége principal de la douleur la moins violente était évidemment le nerf médian, et s'étendait depuis le pli du coude jusqu'aux doigts. Le caractère de cette douleur était celui de la crampe, de l'engourdissement, et quelquefois d'un déchirement profond. La douleur violente était au contraire lancinante, ou comme celui d'une brûlure, et n'était pas accompagnée de tremblement ; elle s'étendait à la fois à tous les nerfs du bras, sans en excepter ceux du derme, et passait quelquefois au tronc où elle portait atteinte au cœur et aux poumons : de là des symptômes de suffocation, de resserrement de la poitrine et la syncope.

Pour produire ces effets, il suffisait d'étendre et fléchir promptement l'avant-bras ou tous les doigts à-la-fois ; ou de pincer avec quelque force le doigt médius; ou de comprimer la cicatrice de la saignée; ou de frictionner légèrement la peau du bras avec

Digitized by Google

la main, ou celle de la partie interne de l'avant-bras, ou qu'on chatouillât la peau de ces parties avec un corps lanugineux ou affilé, ou que la malade s'appuyât sur le membre affecté; ou que la manche de sa robe pesât dessus.

Dans ces circonstances et dans une foule d'autres, la douleur développée dans la cicatrice ou dans les doigts, se répandait avec la célérité de l'éclair sur tout le membre, puis à l'épaule, à la poitrine, au cœur, et jetait la malade dans un état affreux.

Pour prévenir toute espèce de frottement, de pression, d'extension dans le membre, la malade ne marchait qu'avec l'épaule déprimée et le tronc incliné, comme si la colonne vertébrale fût atteinte de déviation latérale.

Bien que la névropathie fût de nature hypersthénique ou érectile, ainsi que M. Riberi l'appelle, il a cru devoir essayer d'abord quelques remèdes excitants. Ensuite il a eu recours à la belladone, à la jusquiame intérieurement, à l'acide prussique localement. Les premiers remèdes ont exaspéré la maladie; les seconds, l'ont calmée, mais sans la guérir.

J'ai alors eu recours, dit l'auteur, à l'acupuncture, à l'aide d'aiguilles très-fines, que j'ai implantées dans le bras, précisément dans le trajet du nerf médian. Cette opération a été pratiquée douze fois dans l'espace de deux mois. Les aiguilles employées chaque fois ont été de douze à vingt, pendant deux à quatre heures. A chaque acupuncture la malade éprouvait une amélioration très-marquée. La guérison a été radicale au bout de ce temps. Seulement la malade est restée un peu faible.

Les personnes qui n'ont pas assisté à cette cure, ne peuvent se faire une idée de l'efficacité remarquable de l'acupuncture. Qu'il me suffise de dire : 1° que le même jour de la première opération, la malade a commencé à mouvoir le bras sans beaucoup souffrir; 2° que la douleur, de fixe qu'elle était, est devenue mobile, et ne s'est plus montrée sur les endroits acupuncturés; de sorte qu'en multipliant les points d'aiguille, la douleur s'est de plus en plus éloignée, et enfin elle a complétement disparu; 3° qu'après la sixième opération, la malade n'accusait plus de douleur que lorsqu'on comprimait avec force le nerf médian ou ses branches principales; 4° qu'enfin, après la dixième opération, la malade a été en état de se servir du bras dans ses différentes occupations domestiques.

4° *Névralgie lombo-ischiatique.* Michel Marchesotti, paysan, âgé de soixante-trois ans, tempérament sanguin, constitution robuste, caractère doux, a été reçu à la clinique le 17 janvier de cette année pour être traité d'une hydrocèle volumineuse au testicule droit. Ses voies urinaires offraient une sensibilité exquise; les urines étaient rendues tantôt avec peine, tantôt facilement, mais avec douleur. L'hydrocèle avait été précédée de douleurs dans le testicule droit, dans l'aine et aux lombes, lesquelles avaient duré pendant dix jours, et avaient été suivies de nombreuses varices aux membres abdominaux, surtout au membre gauche. Plus tard le malade avait essuyé une myélite rachidienne bornée à la partie supérieure de la colonne. Cette maladie avait été accompagnée de vertiges, de stupeur, de douleurs spasmodiques dans les membres thoraciques, puis d'engourdissement de ces parties. Une médication antiphlogistique et un séton à la nuque ont dissipé ces symptômes. L'hydrocèle, qui datait déjà de plusieurs années, avait acquis un volume considérable; le malade accusait dans le testicule correspondant des névralgies intenses. Ensuite la douleur s'est irradiée aux lombes et de là au nerf ischiatique du côté droit où elle s'est fixée définitivement.

M. Riberi a commencé par opérer l'hydrocèle à l'aide de l'injection iodée : guérison en 25 jours. La douleur lombo-ischiatique augmente, le membre reste impuissant. Acupuncture à l'aide de vingt aiguilles, qu'on répète quatre fois; trois à quatre heures par fois. Guérison radicale.

5° *Paralysie douloureuse des membres inférieurs.* Une femme âgée de quarante ans, tempérament sanguin, bonne constitution, prédisposée à l'apoplexie, a été reçue à la clinique le 10 janvier de cette année. A la suite d'un dérangement des règles, elle éprouva une céphalalgie intense, puis des douleurs lombaires, lesquelles se sont terminées par la paralysie des membres inférieurs. Des spasmes survenaient de temps en temps, qui se communiquaient aux parois abdominales puis à la colonne vertébrale, accompagnés de fourmillements, de douleurs lancinantes, d'un sentiment de constriction, de pression, de chaleur vive aux membres inférieurs. A ces symptômes ont succédé l'engourdissement dans les membres, inertie de la défécation et de l'expulsion des urines, et enfin une paralysie parfaite.

On a essayé l'usage des topiques excitants, qui a été nuisible; et cela devait être, puisque la maladie dépendait d'une phlogose sourde de la partie inférieure de la moelle épinière et des principaux troncs nerveux qui en émanent.

Le repos, la diète, les lavements émollients, les boissons rafraîchissantes, les onctions huileuses, ont un peu amélioré l'état du malade. Vingt jours après ce traitement préparatoire, M. Riberi a pratiqué l'acupuncture. Huit fois cette opération a été répétée à l'aide de vingt aiguilles chaque fois : durée, trois heures environ. Le siége de ces opérations a été la région dorso-lombaire et le trajet de la moitié supérieure des nerfs sciatiques.

Ma surprise et celle des élèves qui ont suivi le traitement, a été bien grande, lorsqu'après la seconde

Digitized by Google

acupuncture nous avons vu les douleurs disparaître; puis après les fonctions de la vessie se rétablir; et enfin, après vingt-cinq jours de la première opération, la malade quitter le lit et se promener dans les salles sans béquilles ni canne, ni autre espèce d'appui. Des réactions phlogistiques cependant sont survenues pendant ce temps, et on a dû les combattre. Enfin, toutes les douleurs ont disparu, les membres ont repris leur agilité et leur force, et le malade guérit d'une manière durable.

6° *Névralgie lombaire grave.* Un homme âgé de cinquante-cinq ans, tempérament sanguino-hépatique, de caractère, avait eu, à l'âge de quatorze ans, une affection rhumatismale aux articulations. Plus tard, des chancres syphilitiques, dont il a cependant bien guéri. A l'âge de trente-sept ans, il a éprouvé, à la suite d'un effroi, des attaques épileptiformes qui ont été amendées, mais non complétement guéries par deux traitements mercuriels. Une saignée cependant, pratiquée en temps opportun, en prévenait les accès : un purgatif produisait le même effet.

En janvier 1839, il a essuyé une gastro-bronchite qui a duré quatre mois, et pour laquelle on a pratiqué vingt-quatre saignées. En mars de la même année, un lombago intense s'est joint à la phlogose précédente. Des sudorifiques, des purgatifs, des topiques divers, ont été tour à tour essayés pour combattre cette douleur. D'autres moyens ont été prescrits encore pendant plusieurs mois; le tout avec peu ou sans aucun soulagement. Le malade est obligé de garder le lit : chaque mouvement lui réveille des souffrances atroces, il ne peut se tenir debout; une légère compression aux lombes, dans les espaces inter-épineux, aux fesses, et surtout vers l'origine des nerfs ischiatiques, produit des douleurs intenses, une sensation de chaleur dans ces régions, de la fièvre et de la soif. M. Riberi combat cet état aigu à l'aide de plusieurs applications de sangsues vers les vaisseaux hémorrhoïdaux; les douleurs persistent. Il a recours à l'acupuncture. Dix opérations avec 18 à 20 aiguilles chaque fois ont été pratiquées; durée, deux heures, deux heures et demie pour chaque séance. « Nous avons remarqué que partout où nous plongions les aiguilles, la douleur disparaissait pour toujours. » Un mois après la guérison, le malade s'étant exposé à l'action de causes rhumatiques, a été saisi de fièvre, et le lombago a reparu. Trois saignées ont dissipé la fièvre, mais le lombago a persisté. Nouvelle acupuncture. Guérison radicale après la troisième séance.

— Ces faits offrent un intérêt pratique réel; ils émanent d'ailleurs d'un des praticiens les plus habiles de l'Italie, et nous ne saurions trop les recommander à la méditation de nos confrères. Il est, nous le savons bien, des médecins qui ne croient qu'à peine à l'action dynamique de l'acupuncture. Ce scepticisme cependant, est *à priori*. Aujourd'hui qu'on sait que la présence de l'aiguille dans les tissus développe des courants galvaniques, les effets de l'acupuncture prolongée sont beaucoup moins incompréhensibles qu'autrefois. Nous pensons que ce sujet mérite une meilleure appréciation qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour.

GAZETTE DES HÔPITAUX.—Août 1840.

VARIÉTÉS.

—

OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES SUR LES FONCTIONS DU NERF PNEUMO-GASTRIQUE ET DU NERF ACCESSOIRE DE WILLIS; par M. le professeur ARNOLD, à Zurich (1).

§ I. *Observations d'anatomie pathologique sur le pneumo-gastrique* (10e paire) *et sur le rameau interne du nerf accessoire de Willis* (11e paire) (2).

Nous ne possédons jusqu'à présent que peu d'observations concernant les fonctions de la dixième et de la onzième paire. L'auteur donne ici un résumé de toutes les observations dont il a eu connaissance, qui viendront en même temps à l'appui des expériences dont nous parlerons plus bas.

OBS. I. (Empruntée à Swann, dans son ouvrage *sur les maladies locales des nerfs*.) — Un prêtre à Waddington, âgé de 62 ans, souffrait, depuis l'âge de 17 ans, de la goutte. Dans les sept dernières années, les fonctions de l'estomac furent souvent troublées; mais depuis dix-huit mois il ne pouvait jamais se rassasier, quelque grande que fût la quantité des aliments avalés; les matières rendues par un vomissement n'offraient point les signes de la digestion, quoiqu'elles eussent séjourné quatre heures dans l'estomac. La respiration devint diffi-

(1) Extrait de *Bemerkungen ueber den Bau des Hirns und Rueckenmarkes*, etc. (Remarques sur la structure du cerveau et de la moelle épinière, etc.) Zurich, 1838.

(2) Il est presque inutile de prévenir ici sur les dénominations de dixième et onzième paires de nerfs, que, contre l'usage des anatomistes français, les Allemands désignent ainsi le nerf pneumo-gastrique et l'accessoire de Willis. Nous admettrons le langage de M. Arnold, qui ne peut, d'ailleurs, dans cette occasion, apporter de confusion.

Digitized by Google

cile, et alors, quand elle était la plus gênée, on entendait un bruit de sifflement, comme si la glotte était rétrecie. Ces phénomènes persistèrent, à un degré plus ou moins fort, jusqu'à la mort. Le malade maigrissait sensiblement; le pouls était naturel, mais toujours fort; aucune douleur dans la poitrine. Plusieurs semaines avant sa mort, tout médicament qui contenait de l'opium produisait de mauvais effets. On fit une petite saignée dix jours auparavant; le sang était recouvert d'une croûte très-solide. Le malade toussait dans les derniers jours d'une manière inquiétante; la respiration était extrêmement difficile. Le galvanisme soulage le malade : le bruit de sifflement disparaissait après dix minutes. Des taches purpuracées survinrent sur tout le corps dans les derniers jours, mais elles disparurent avant la mort.

Nous ne rapportons ici que les faits les plus intéressants obtenus par l'autopsie. Deux pintes (186 centilitres) d'un fluide de couleur foncé trouvé de chaque côté dans la poitrine; les poumons paraissent normaux; le nerf pneumo-gastrique est, dès le milieu de la nuque, plus petit qu'à l'état normal et flasque, semblable aux nerfs que l'on trouve dans les corps putréfiés qui ont été exposés pendant quelque temps à la macération. Les rameaux qui se distribuent dans les poumons étaient normaux; les terminaisons du nerf dans l'œsophage étaient rouges et épaissies. Le nerf du côté gauche était plus mince que celui du côté droit. Swann suppose que le fluide trouvé dans la poitrine ne fut sécrété que peu de temps avant la mort; le même auteur ajoute que dans deux individus morts poitrinaires, il avait aussi trouvé les nerfs vagues d'un diamètre plus petit qu'à l'ordinaire.

Arnold dit que tous les phénomènes observés sur le malade coïncidaient avec ceux que l'on observe chez les animaux après la section de la dixième paire.

Obs. II. (Appartenant à M. Bignardi, de Modène.) — Une femme morte poitrinaire avait toujours eu une faim insatiable. A l'autopsie, on trouva les deux nerfs vagues tout couverts de petits ganglions ovales; ils étaient de la grandeur de pois, formés de la substance nerveuse même, et non pas du névrilemme, et d'une couleur rougeâtre. Les deux nerfs sympathiques étaient atrophiés.

Obs. III. (Extrait de *Méd. chir. Review*, 1836, n° 49.) — Une dame, âgée de 76 ans, souffrait depuis vingt ans de douleurs dans la tête et le dos. Quand l'auteur la vit la première fois, elle était très-amaigrie et dans des angoisses inexprimables; elle ne pouvait produire le moindre son articulé et guère avaler la plus petite quantité de gelée; la langue était immobile et ridée. Elle ne sentait ni la faim, ni la soif. M. Johnson fit introduire des aliments à l'aide d'un tuyau élastique dans l'estomac. Il existait, du reste, une grande sensibilité dans l'épigastre. Le galvanisme ne produisit guère d'amélioration dans l'état de la malade. Tous les phénomènes rapportés persistèrent jusqu'à la mort.

Le pont de Varole, la moelle allongée et la partie supérieure de la moelle épinière étaient ramollis; l'artère vertébrale gauche était, à la sortie de son canal osseux, élargie au point d'avoir le diamètre de la carotide; par conséquent elle comprimait le corps olivaire et le pyramidal de ce côté, qui ont paru plus petits que ceux du côté opposé. Cette même cause a produit une pression sur les racines des nerfs glosso-pharyngien, pneumo-gastrique, accessoire de Willis et du nerf hypoglosse, qui, au reste, n'ont rien montré d'anormal. On découvrit aussi une poche anévrysmatique de l'aorte descendante, de la grandeur d'une noix, sur laquelle le nerf pneumo-gastrique du même côté était tendu en forme d'un C. L'œsophage n'était nulle part rétréci. L'auteur croit que la respiration et la digestion furent maintenues par les nerfs intacts du côté droit.

Obs. IV. (Communiquée par M. Retzius.) — Un enfant anencéphalique, né dans l'hôpital général de Stockholm, en décembre 1831, y mourut dix-huit heures après sa naissance. Pendant ce temps, il fut examiné par plusieurs médecins, et l'on a constaté qu'il remuait les yeux, qu'il criait, sanglottait et respirait; mais ces derniers phénomènes de la respiration étaient très-incomplets. Le cerveau et le cervelet étaient tout à fait détruits; la moelle épinière était intacte. Le cerveau était remplacé par une masse mince, rouge brunâtre, çà et là ramollie. Tous les nerfs encéphaliques existaient; ils se terminaient aux vestiges de membranes cérébrales. Le ganglion de Gasser était intact, seulement le nerf accessoire de Willis était en communication avec la moelle épinière. Le nerf sympathique était intact.

M. Arnold trouve dans ce cas un fait de plus qui prouve que le nerf accessoire de Willis est le nerf de la voix. (*Voyez* § 2, quest. n° 8.)

Obs. V. (Extrait des *Recherches physiologiques et pathologiques sur le système nerveux*, de Bell.) — Affection convulsive du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et du muscle trapèze. Le malade soutient toujours sa tête avec les mains; il se plaint que sa figure, tout autour jusqu'aux épaules, est toujours tirée avec une grande force. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien devient pendant ce temps dur comme une planche. La tête est fixée en bas, la face tournée à gauche et le menton en haut. Le côté droit du cou devient aussi roide, ce qu'on doit attribuer au muscle trapèze. La respiration est libre, la poitrine sans douleur. Lorsque les attaques sont très-violentes, les muscles du larynx sont affectés, et le malade paraît vouloir expectorer quelque chose

Digitized by Google

qui gêne sa voix. Les boissons provoquent ces attaques qui ne cèdent que pendant le sommeil.

Ce cas servira plus tard à l'explication des mêmes phénomènes que le précédent.

Nous rappelons ici encore deux cas, dont le premier fut observé par Cappel (*De epilepsia e tumore nervo vago inhærente*. Helmst. 1781); et le second par Tilgen (*Diss. obs. syst. fungi medull. nervi vagi*, etc. Bonnæ, 1830. — *Raucedo, tussis, vomitus ciborum incoctorum et potuum.*)

§ II. *Expériences sur les fonctions de la dixième et de la onzième paire.*

M. Arnold a fait avec le plus grand soin, sur des poulets et des pigeons (1), douze expériences dans lesquelles il a fait la section simultanée de deux nerfs pneumo-gastriques. Il nous est impossible de rapporter ces expériences mêmes en détail; mais nous reproduisons les résultats tels que l'auteur les indique lui-même; ces résultats sont groupés de manière à répondre aux différentes questions suivantes :

I. *Le nerf pneumo-gastrique est-il un nerf sensitif ou moteur?* Les physiologistes de nos jours ont des opinions différentes sur les fonctions de la dixième paire : les uns la croient sensitive, les autres motrice, d'autres douée de ces deux fonctions. Ni les expériences sur les animaux, ni les observations anatomico-pathologiques ne peuvent résoudre complétement la question, par la raison que le pneumo-gastrique, immédiatement après sa sortie du trou déchiré, se mêle aux fibres du rameau interne de la onzième paire. Si, par conséquent, la section pneumo-gastrique a lieu au cou, une partie du nerf accessoire de Willis se trouve coupé, et les phénomènes qui s'ensuivent doivent offrir le tableau confus du trouble des fonctions des deux nerfs. C'est donc seulement la section des racines du pneumo-gastrique, dans le crâne, qui pourrait éclairer les doutes qui entourent encore nos connaissances à ce sujet; mais cette opération est extrêmement difficile, et M. Arnold lui-même, quoiqu'il expose la manière qu'il croit la plus convenable pour faire cette expérience, ne l'a pourtant pas réalisée.

La section du pneumo-gastrique au cou n'est guère douloureuse, ainsi que plusieurs physiologistes l'ont déjà remarqué. L'auteur l'a de même observé chez des poulets, des pigeons, des chiens et des lapins. Mais les douleurs sont très-vives lorsqu'on fait la section des nerfs laryngés supérieurs. Cette expérience explique la sensibilité des parties dans lesquelles le pneumo-gastrique se distribue; car on sait que la membrane muqueuse de la glotte est beaucoup plus sensible que celle de l'œsophage et de l'estomac. La cause de la différence de sensibilité ne paraît devoir être attribuée au nombre de nerfs qui se distribuent dans ces parties; car ce nombre n'est pas en proportion de cette sensibilité comparée à celle de l'œsophage et de l'estomac. L'auteur croit en trouver la véritable cause dans la formation des plexus du pneumo-gastrique; car on sait que tous les rameaux de la dixième paire ne participent pas également à ces plexus. C'est ainsi que les nerfs supérieurs laryngiens se confondent très-peu avec le plexus *gangliiformis* ou ils les passent même tout à fait; au contraire la partie qui descend dans l'œsophage et l'estomac contribue beaucoup à la formation de plexus, ainsi que Reil (*De structura nervorum*) l'a déjà très-bien décrit. Or, c'est un fait constaté en physiologie que les nerfs qui s'épanouissent dans les plexus, conduisent beaucoup plus lentement et moins distinctement les impressions au cerveau que les autres nerfs; la différence de sensibilité dans l'estomac et la glotte pourrait donc trouver son explication dans cette distribution du nerf pneumo-gastrique.

Quoi qu'il en soit, que l'on partage ou non cette opinion de l'auteur, on ne doit point conclure que la dixième paire n'est pas un nerf sensitif parce que la section opérée au cou ne produit point de douleurs. En effet, tous les nerfs sensitifs n'ont pas une égale facilité de communiquer les impressions au cerveau; les nerfs de la peau l'ont par excellence; d'autres sont moins aptes; telle est précisément la partie inférieure du pneumo-gastrique. Mais il n'en est pas privé tout à fait; car il communique très-vivement et très-distinctement au cerveau; par exemple, la température des aliments et des boissons introduits dans l'estomac, la sensation de la faim, etc.

M. Arnold dit, en outre, que le pneumo-gastrique n'est pas un nerf mixte, mais purement sensitif; et pour cela il se fonde sur les considérations suivantes : 1° Il prend son origine de la partie postérieure de la moelle allongée, de même que la grande portion de la cinquième paire, et il se trouve avec cette partie du cerveau dans le même rapport que les racines postérieures de nerfs spiraux avec la moelle épinière. 2° La disposition des racines du pneumo-gastrique correspond parfaitement à celle des nerfs spiraux et de la grande portion de la cinquième paire; c'est-à-dire que les racines restent isolées les unes des autres avant de se réunir dans un ganglion qui résulte de leur union. Les racines des nerfs moteurs, au contraire, quelque déliées qu'elles soient, en partant de la partie

(1) La troisième et la quatrième expérience furent faites sur des pigeons.

Digitized by Google

centrale, se réunissent toujours dans le crâne ou dans le canal vertébral en un ou plusieurs troncs. Cette différence se fait voir très-distinctement dans la comparaison de la grande portion de la cinquième paire, par exemple, avec sa petite portion, avec la troisième, quatrième et sixième paire, de la dixième paire avec la onzième et la douzième, etc. 3° Le pneumo-gastrique est pourvu d'un ganglion dans le trou déchiré, de même que les racines postérieures des nerfs de la moelle épinière et la partie du nerf trijumeau; ce ganglion ressemble beaucoup, dans sa structure interne et externe, à ceux des nerfs spiraux.

Tous ces arguments réunis sont pour l'auteur un ensemble de preuves qui lui font croire que le pneumo-gastrique est un nerf purement sensitif.

II. *Quelle influence exerce la section du pneumo-gastrique sur l'état général de la santé?* La plupart des poulets soumis à l'expérimentation étaient d'abord éveillés; ils ne devinrent tristes que plus tard, le plus souvent le second jour. Quelques autres poulets parurent tristes immédiatement après l'opération; ils restaient acroupis sur la même place; les ailes et la queue pendaient, les yeux étaient fermés, ou tous les deux, ou l'un ou l'autre alternativement. Deux pigeons opérés ont conservé leur vivacité jusqu'à la mort. M. Arnold a remarqué de semblables différences dans les phénomènes qui suivirent la section de la dixième paire, chez les chiens et les lapins. L'auteur croit trouver l'explication la plus naturelle dans l'influence qu'exerce cette opération sur la sanguinification, influence qui ne se manifeste que quelque temps après la section. Il est clair que la transformation complète du sang noir en sang rouge peut produire sur les animaux une impression fâcheuse et exciter leur tristesse.

On n'a pas pu constater l'influence exercée sur la nutrition, parce que ces animaux meurent trop vite après l'opération. Plusieurs poulets, de même qu'un pigeon, bien nourris avant l'opération, furent trouvés dans le même état à l'autopsie. Il est vrai qu'un chien qui avait tous les deux nerfs vagues coupés maigrissait beaucoup; mais l'auteur y voit plutôt l'effet de vomissements fréquents qu'une influence directe du nerf; au reste, les vomissements cessés, le chien reprit son embonpoint. Ce nerf ne paraît non plus avoir une influence sur des organes isolés, car les yeux des poulets et des pigeons conservaient leur état naturel jusqu'à la mort.

La femme, dont l'histoire est rappelée dans la troisième observation, amaigrissait beaucoup; mais on trouvera une explication suffisante dans la difficulté d'avaler qu'elle éprouva; les aliments qu'on administra à l'aide d'injections ne purent suffire à la nutrition de la malade.

III. *La sensation de la faim est-elle communiquée par la dixième paire?* L'appétit ou le désir de manger n'est pas le même chez les différents animaux soumis à l'opération : plusieurs poulets ne mangèrent rien ou presque rien. Un pigeon, au contraire, et un autre poulet furent très-avides d'aliments; ce dernier, qui avait jeûné deux jours avant l'opération, surchargeait son estomac de manière à produire une compression de la trachée.

Dans les deux observations que nous avons rapportées, les malades n'avaient pas non plus cette sensation qui fait dire qu'on est rassasié; dans la troisième observation la malade n'avait ni le sentiment de la faim ni celui de la soif. Legallois rapporte aussi que les lapins opérés avaient une grande voracité.

Ces diverses expériences paraissent prouver que les sentiments de la faim et de la soif dépendent de l'intégrité de la dixième paire. La grande voracité ne s'oppose pas à cette opinion; elle prouve, au contraire, que les animaux et le malade qui l'ont présentée n'avaient pas une idée nette, une sensation distincte de l'état dans lequel se trouvait l'estomac. Ils dévorent sans doute tant d'aliments plutôt pour le plaisir de les mâcher et de les goûter que pour satisfaire la faim. Au surplus, ces animaux et ces malades n'ont pas la sensation de *rassasiement* ni de l'état de surcharge dans lequel se trouve leur estomac. On en voit une preuve dans le sujet de la première observation, et dans cette action des animaux qui remplissent leur estomac jusqu'à en déterminer la rupture.

IV. *Quelle influence exerce le pneumo-gastrique sur la sécrétion, la quantité et la qualité du suc gastrique?* Plusieurs physiologistes, tels que Brodie, Wilson, Philip, Tiedemann, etc., sont arrivés à ce résultat que le suc gastrique acide manquait complétement après la section du pneumo-gastrique; d'autres, comme Ware et Finlay, Mayer, Brachet, etc., ont vu encore pendant quelque temps continuer la sécrétion d'un suc gastrique moins acide. M. Arnold n'a jamais observé l'absence du suc gastrique. Le liquide du gésier était toujours acide; chez la plupart des oiseaux le liquide de l'estomac et du jabot était aussi acide; ces deux derniers liquides se montrèrent une seule fois neutres; ils étaient mêlés à une grande quantité de mucus. Les opinions des physiologistes qui croient que le suc gastrique cesse d'être sécrété ou qu'il perd son caractère acide, sont par conséquent fausses. On ne peut pas croire que le liquide en question existait déjà avant l'opération, parce que l'auteur a fait jeûner les animaux quelques jours avant de les soumettre à l'expérience; l'opération fut faite immédiatement après avoir fait manger les animaux. Deux fois les aliments ne furent donnés qu'après la section; le suc gastrique resta également acide. M. Arnold a, en outre, déterminé le poids et

Digitized by Google

le nombre des grains avalés avant l'opération, et de ceux trouvés dans le gésier après la section. Il a trouvé que le nombre des grains diminue, et qu'en même temps le poids de ceux qui restent augmentait; c'est ainsi qu'il a trouvé dans la troisième expérience, (24 heures après la section), 10 gr. (grains de perte dans le nombre de grains avalés), et 4 gram. (grammes de grain dans le poids de grains restants). Exp. IV, 53 h., 20 gr., 2 gram. 1/2. Exp. V, 60 h., 70 gr., 8 gram. Exp. VI, 80 h., 23 gr., 17 gram. Exp. VII, 67 h., 45 gr., 13 gram. Exp. VIII, 80 h., 36 gr., 14 gram. Exp. IX, 44 h., 50 gr., 6 gram. Exp. X, 72 h., 84 gr., 6 gram. On voit donc que la sécrétion d'un liquide dans le gésier des oiseaux n'a pas cessé d'exister; qu'elle n'a pas même peut-être diminué.

Ces expériences sont beaucoup plus concluantes, d'après l'auteur que celles faites sur les mammifères, parce que d'abord les oiseaux vivent bien plus longtemps après l'opération que les chiens et les chats; et parce qu'en général chez ces derniers animaux une partie du nerf sympathique se trouve coupé en même temps que le pneumo-gastrique. Peut-être doit-on chercher, dans cette circonstance, la cause des grandes différences qui existent dans les opinions des auteurs sur le point que nous venons de traiter.

V. *Les contractions de l'œsophage et de l'estomac se trouvent-elles sous l'influence du pneumo-gastrique?* Il résulte des expériences de M. Arnold que les contractions de l'œsophage et du gésier sont très-restreintes par suite de la section du pneumo-gastrique. D'abord l'œsophage est tellement relâché que l'animal, deux ou trois jours après l'opération, secouant tête et cou, rejette une quantité plus ou moins grande du chyme par le bec; quelquefois le liquide s'écoule même seulement dans la position baissée de la tête et du cou. En second lieu, la partie la plus petite de grains avalés s'était introduite dans le jabot et l'estomac; et pourtant un espace de 24 à 80 heures s'est écoulé depuis l'opération jusqu'à la mort. C'est ainsi que dans la quatrième expérience, dans l'espace de 52 heures, 20 grains seulement sur 290 grains, se trouvèrent dans l'estomac.

Exp. V, 60 h.,	sur 400	grains avalés,	70 gr.	dans l'estom.
Exp. VI, 80 »	sur 300	— —	23 gr.	—
Exp. VII, 67 »	sur 350	— —	45 gr.	—
Exp. VIII, 80 »	sur 400	— —	36 gr.	—
Exp. IX, 44 »	sur 400	— —	50 gr.	—
Exp. X, 72 »	sur 400	— —	84 gr.	—

Les contractions de l'œsophage et du gésier ne furent donc point complétement anéanties par suite de cette opération; cela n'avait pas lieu même après la section de la neuvième et de la douzième paire. L'influence de la dixième et de la onzième paire sur les contractions de l'estomac paraît être beaucoup plus faible que sur celles de l'œsophage et du gésier, parce qu'on trouva dans le premier la plupart des grains digérés, ou leurs gousses, ou les grains fortement comprimés.

La première observation de Swan et celle de John (*Med. chir. Review*) paraissent à l'auteur venir à l'appui de son opinion; car dans le dernier cas, le malade ne pouvait point avaler; dans l'autre cas, le malade vomissait facilement, ce qui n'aurait pas pu avoir lieu, si l'estomac eût été paralysé. Au surplus nous ne pouvons pas à volonté vomir.

On peut maintenant se demander lequel des deux nerfs, de celui de la dixième ou de la onzième paire, exerce une influence motrice sur l'œsophage et l'estomac? L'auteur qui croit le nerf pneumo-gastrique purement sensitif, attribue cette influence au rameau interne du nerf accessoire de Willis. M. Arnold trouve, en outre, ses idées appuyées par les raisons suivantes : La onzième paire donne au rameau du nerf pneumo-gastrique des filets qui se distribuent dans l'œsophage, ainsi que Scarpa l'a fort bien démontré. Le rameau interne du nerf accessoire de Willis est d'autant plus volumineux chez les animaux et les hommes, que l'influence de la volonté sur les mouvements de l'estomac est prépondérante. On reconnaît cela facilement par l'examen de ce nerf sur les animaux ruminants, où il se trouve très-développé. L'auteur a trouvé quelque chose de pareil chez un homme ruminant. C'est donc au rameau interne de la onzième paire que l'on devrait, d'après M. Arnold, attribuer toute influence sur les contractions de l'œsophage et de l'estomac, quand on fait la section du pneumo-gastrique.

VI. *Quelle est l'influence de la dixième paire sur la chymification?* On sait que les opinions des physiologistes sont partagées sur cette question : les uns croient la digestion tout à fait anéantie; les autres disent qu'elle n'est pas beaucoup restreinte; d'autres, enfin, ont vu cette fonction se continuer. Voici l'opinion de l'auteur à ce sujet. M. Arnold a vu, dans toutes ses expériences, que la section de la dixième paire n'a pas nui à la chymification. Les grains dans le gésier étaient entièrement ramollis, on pouvait facilement exprimer le contenu; l'aspect dans l'intérieur du grain était tout à fait changé. Ce ne sont pas seulement les grains extérieurs, c'est-à-dire ceux qui se trouvaient le plus près des parois de l'estomac, qui étaient ainsi changés, mais aussi ceux qui étaient au milieu; ils avaient presque tous le même aspect. Les grains se trouvaient entourés d'un liquide blanc, espèce de chyme, que plusieurs poulets ont rejeté par le bec pendant la vie. La fonction de la chymification n'est donc pas réellement changée : mais elle est troublée, parce que les

Digitized by Google

contractions de l'estomac, et, chez les poulets, celles du gésier, sont diminuées; la marche du contenu de ces parties est donc très-imparfaite. Ce résultat est en opposition directe avec l'opinion de Brodie, Philip, et quelques autres physiologistes, qui croient que la sécrétion du suc gastrique cesse après la section, malgré que les mouvements de l'estomac continuaient à s'effectuer.

VII. *Quelle est l'influence de la dixième paire sur la respiration et les mouvements respiratoires?* On peut déjà soupçonner *à priori* que les impressions faites sur les poumons ne pouvant être transmises au cerveau par la dixième paire après sa section, la respiration doit être affaiblie; les mouvements ne se continueront par les autres nerfs respiratoires que par suite de l'habitude prise par les animaux. Voici, au reste, les expériences: — Exp. V. 24 heures après l'opération, 8 respirations dans une minute; 42 h., 18 r.—Exp. VI. 45 h., 10 r.; 50 h., 11 r.; 68 h., 12 r. — Exp. VII. 43 h., 9 r., 48 h., 8 r.; 66 h., 21 r.; Exp. VIII. — 1/2 h., 3 r. 1/2; 18 h., 6 r. 1/2; 23 h., 8 r.; 48 h., 10 r.; 66., 8-10 r.; 72 h., 8 r. — Exp. IX. 1/4 h., 12 r.; 4 h., 12 r.; 22 h., 11 r.; 27 h., 10 r.—Exp. X. 6 h., 13 r.; 24 h., 13 r.; 30 h., 12 r.; 48 h., 12 r.; 55 h., 12 r.; 70 h., 11 r. L'animal avait, immédiatement après l'opération, 23 respirations dans une minute.

On voit qu'en général le nombre des mouvements respiratoires diminue après la section de la dixième paire; mais nous voyons en particulier que cette diminution augmente d'une manière uniforme jusqu'à la mort; que, dans d'autres cas, les respirations diminuent d'abord, mais s'élèvent faiblement plus tard; dans d'autres cas, enfin, cette élévation est suivie de près d'une nouvelle diminution. Il est bien difficile de déterminer le nombre des respirations chez les oiseaux dans leur état normal, parce que les mouvements sont presque insensibles et ne deviennent plus marqués que dans les respirations plus pénibles après l'opération. Mais l'auteur les évalue à peu près à 20 ou 24 dans une minute.

Nous ne croyons pas sans intérêt d'ajouter ici les résultats obtenus par Cooper (1), qui sont identiques avec ceux de M. Arnold. Exp. I. Avant l'opération, 132 respirations dans une minute; 1 h., 48 r.; 3 h., 44 r.; 4 h., 56 r.; 8 h., 48 r.; 11 h., 36 r.; 12 h., 30 r.— Exp. II. Avant l'opération, 135 r.; 1 h., 48 r.; 3 h., 39 r.; 4 h., 33 r.; 6 h., 36 r.; 12 h., 36 r.; 14 h., 32 r.; 16 h., 28 r.;—Exp. III. Avant l'opération, 88 r.; 1/2 h., 56 r.; 2 h., 64 r.; 4 h., 32 r. — Exp. IV. Avant l'opération, 128 r.; après, 52 r.; 2 h., 48 r.; 4 h., 52 r.; 6 h., 60 r.; 8 h., 52 r. — Exp. V. Avant l'opération 124 r.; après, 76 r.; 2 h., 80 r.; 4 h., 52 r.; 6. h., 60 r.; 8 h., 56 r.; 10 h., 48 r. — Exp. VI. Avant l'opération, 96 r.; 2 h., 68 r.; 4 h., 52 r.; 6 h., 72 r., 8 h., 52 r.; 10 h., 48 r.

L'augmentation du nombre des respirations paraît devoir être attribuée à la sensation pénible causée par l'accumulation du sang dans le cœur et dans les poumons; cette sensation est communiquée au cerveau par le système ganglionaire. Les mouvements respiratoires ne sont donc point déterminés par la dixième paire; mais ce nerf exerce une influence indirecte en communiquant au cerveau les sensations produites dans les poumons. Le rameau interne du nerf accessoire de Willis exerce, au contraire, une influence directe, en déterminant les contractions de muscles de la glotte, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

VIII. *La dixième ou onzième paire est-elle le nerf de la voix?* Déjà Rufus d'Ephèse et Galien avaient observé que la section de la deuxième paire produit l'extinction de la voix; Sœmmering l'appelait même nerf de la voix. Mais M. Arnold avait déjà prononcé, dès 1828, l'opinion (1) que la dixième et onzième paire se trouvent dans le même rapport que les racines antérieures et postérieures de nerfs spinaux, comme la grande et la petite portion de la cinquième paire. Scarpa (*Annali universali di Modena*, 1831), émettait plus tard la même opinion. M. Arnold est maintenant tout à fait convaincu que le nerf vocal est la onzième paire et non pas la dixième. A son instigation, M. Bischoff (2) a fait beaucoup de recherches d'anatomie comparée pour confirmer cette opinion. Parmi ses expériences, nous en citerons surtout une faite sur une chèvre, à laquelle le nerf accessoire de Willis fut coupé à l'endroit où, quittant le canal vertébral, il entre dans le cerveau. La chèvre perdit la voix immédiatement après l'opération. La quatrième et la cinquième observation anatomico-pathologique, citées dans cet article, et plusieurs autres cas dans lesquels une lésion de la moelle épinière au cou a produit la perte ou la diminution de la voix, viennent appuyer l'opinion de M. Arnold. Ce dernier fait est connu par bien des médecins; déjà Galien en avait parlé. Schellhammer (*Ars med.* T. II, p. 217) dit: *ab ictu sclopetario in collo vox perpetuo amissa*). L'observation de M. Velpeau (*Archives Gén. de Médecine*, vol. IX.) est aussi conforme à cette opinion. Les recherches anatomiques, les expériences sur les animaux et les observations pathologiques s'accordent

(1) *Some Experiments and Observations on tying the carotid on vertebral arteries and pneumogastric, phrenic, and sympathetic nerves.*

(1) *Journal für die Physiologie* de Tiedemann et Treviranus, vol. III, p. 148.

(2) *Nervi accessorii Willisii anatomia et physiologia.* Heidelb. 1832.

Digitized by Google

donc, suivant M. Arnold, pour que l'on puisse affirmer que la onzième paire est nerf vocal.

IX. *Quelle est l'influence du pneumo-gastrique sur la transformation du sang noir en sang rouge?* La crète de tous les poulets opérés perdit sensiblement sa rougeur et devint bleue et noirâtre. En faisant l'autopsie, on remarqua les poumons plus rouges qu'à l'état sain; les artères, les veines, le cœur, étaient remplis d'un sang noirâtre, le plus souvent coagulé. Les mêmes résultats furent observés sur les lapins. Au reste, Valsalva, Vieussens, Senac, et, parmi les auteurs modernes, Dupuytren, Dupuy, Mayer, Cooper, ont déjà obtenu des résultats pareils à ceux de l'auteur; on doit donc regarder les opinions de MM. Blainville et Emmert comme erronées.

Mais l'influence du nerf pneumo-gastrique sur la transformation du sang noir en sang rouge, n'est qu'indirecte puisqu'elle s'effectue par la respiration artificielle après la section du pneumo-gastrique. C'est donc au nombre diminué des respirations que l'on doit attribuer ce trouble de l'hématose; cette opinion est opposée à celle de Dupuytren. Legallois (*Expériences sur le principe de la vie*) croit en trouver la cause dans l'occlusion de la glotte; mais à cette explication sont contraires les expériences dans lesquelles le nombre des respirations augmente après la section, le second et le troisième jour: en outre, sur les poulets âgés on ne voit jamais la glotte fermée. Cette dernière circonstance n'a lieu que chez les jeunes mammifères.

X. *Quelle est l'influence du pneumo-gastrique sur les mouvements du cœur?* Les anciens physiologistes ont attribué au pneumo-gastrique, une grande influence sur les mouvements du cœur. Bichat, Emmert, Legallois et quelques autres physiologistes ont démontré la fausseté de cette opinion. M. Arnold a aussi observé que les mouvements du cœur sont très accélérés et très-forts après l'opération, et qu'ils ne sont ralentis que peu de temps avant la mort, probablement à cause de l'accumulation du sang dans cet organe. Cooper trouvait les pulsations du cœur faibles, mais accélérées.

XI. *Quel est le changement de température des animaux après la section du pneumo-gastrique?* Plusieurs physiologistes ont vu s'abaisser la température de l'animal après la section. Chaussat l'a vu tomber, dans un espace de douze à trente-six heures, de 37° à 20° centig. Voici les résultats de l'auteur:

Exp. I. Av. (avant opération), t. e. (température externe), 14° R., t. a. (température animale), 34°, apr. (immédiatement après l'opération), t. e., 14°, t. a., 31°, 3 h. (heures après l'opération), t. e. 14°, t. a. 30°.

Exp. II. Av., t. e. 16°, t. a., 33 1/2°, 1 1/4 h., t. e., 16°, t. a. 31 1/2°, 19 1/2 h., t. e., 14°, t. a, 32°, 25 h., t. e., 13°, t. a., 30 3/4°, 48 h., t. e., 9°, t. a. 31°; 66 h., t. e, 11°, t. a., 34°, 70 h., t. e., 11°, t. a., 32°.

Exp. III. Av., t. e., 16°, t. a., 32°, apr., t. e., 10°, t. a., 30 3/4°, 24 h., t. e., 9°, t. a., 30°.

Exp. IV. Av., t. e., 11°, t. a., 34°, 20 minutes, t. e. 11°, t. a., 33°, 2 h., t. e., 10°, t. a., 31°, 24 h., t. e. 12°, t. a, 32 1/2°. 48 h., t. e., 15°, t. a., 32°, 52 h., t. e., 11 1/2°, t. a., 30 1/2°.

Exp. V. Av., t. e., 12°, t. a., 33 3/4°, apr., t. e., 11°, t. a., 32°, 24 h., t. e., 10°, t. a., 29 1/2°, 42 h., t. e., 13°, t. a., 33 1/2°.

Exp. VI. Av., t. e., 11°, t. a., 34°, apr., t. e., 12°, t. a., 31 1/2°, 48 h., t. e., 10 1/2°, t. a., 32 1/2°, 68 h., t. e., 14°, t. a., 31°.

Exp. VII. Av., t. e. 11°, t. a., 33°. apr., t. e., 11°, t. a., 32°, 24 h., t. e., 12°, t. a., 30 1/2°, 43 h., t. e., 10 1/2°, t. a., 31 1/4°, 48 h., t. e., 10 1/2°, t. a., 31 3/4°, 66 h., t. e., 14°, t. a., 33°.

Exp. VIII. Av., t. e., 12 1/2°, t. a., 33 1/4°, apr., t. e., 13 1/2°, t. a., 33 1/4°, 1 h., t. e., 12 1/2°, t. a., 31 1/4°, 18 h., t. e., 8 1/2°, t. a., 31 1/2, 32 h., t. e., 10°, t. a., 32°, 42 h., t. e., 10°, t. a., 32 1/2°, 48 h., t. e., 12°, t. a., 33 1/4°, 66 h., t. e., 13 1/2°, t. a., 31 1/2°, 68 h., t. e. 13°, t. a., 31°, 72 h., t. e., 12°, t. a. 30°.

Exp. IX. Av., t. e., 13°, t. a., 33°, apr., t. e., 13°, t. a. 32°, 4 h., t. e., 12°, t. a., 32., 22 h., t. e., 12° t. a. 30 1/2°, 27 h., t. e., 11 1/4°, t. a., 30 1/4°.

Exp. X. Av., t. e., 13°, t. a., 33°, apr., t. e., 14°, t. a., 33°, 24 h., t. e., 13°, t. a., 31°, 32 h., t. e., 8°, t. a., 31°, 48 h., t. e., 8°, t. a. 29°, 25 h., t. e., 10°, t. a., 31°, 70 h., t.e., 7 1/2°, t. a. 30 1/2°.

On voit, par ces expériences, que la température diminue de 1 à 2° R. immédiatement ou plus tard une heure après la section du pneumo-gastrique; que cet abaissement de la température propre des poulets et des pigeons est de 2 à 4° dans les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures; qu'ensuite la température s'élève nouvellement pour atteindre, ou même quelquefois surpasser d'un 1/2° la température normale, que peu de temps avant la mort l'animal se refroidit quelquefois; qu'enfin, dans d'autres cas, l'élévation de température n'a pas lieu, mais qu'il y a abaissement régulier depuis le moment de l'opération jusqu'à la mort.

Or, si nous comparons ces résultats avec ceux obtenus sur la fréquence des respirations, nous y voyons une grande concordance entre l'élévation et l'abaissement de la température, et l'augmentation et la diminution des respirations. Il est donc clairement démontré par ces expériences que le pneumo-gastrique n'exerce pas une influence directe sur la production de la chaleur, mais seulement une influence indirecte quant à ce qu'il détermine d'une manière indirecte la fréquence de respiration. C'est donc le nombre de respirations qui se trouve en rapport direct avec la chaleur.

Digitized by Google

On voit, en outre, par les expériences citées, que la température extérieure n'exerce aucune influence sur la température propre des animaux ; nous avons vu, par exemple, cette dernière s'élever, quand même la première s'abaissait.

XII. *Quand et de quelle manière survient la mort après que le pneumo-gastrique cesse de fonctionner?* L'auteur réfute d'abord les opinions différentes des auteurs, sur les causes qui occasionnent la mort des animaux opérés, par des raisons puisées dans les résultats que nous avons cités et qu'il serait inutile de répéter. L'opinion à laquelle l'auteur s'arrête, est celle-ci : nous avons vu que la transformation du sang noir en sang rouge, est très-imparfaite ; nous avons vu en outre les poumons, le cœur, les grands vaisseaux, les veines et même les artères, remplis d'un sang souvent coagulé ; on peut donc conclure que la cause de la mort doit être cherchée, d'un côté, dans la stagnation du sang, dans les poumons et le cœur, stagnation qui doit troubler leurs fonctions, et, d'un autre côté, dans la transformation arrêtée du sang noir en sang rouge. Les animaux meurent donc par suffocation. Cette suffocation est lente, si l'air ne trouve pas d'obstacle à son entrée dans les poumons, comme, par exemple, chez les oiseaux et les mammifères âgés, surtout chez les chiens ; elle est prompte, si la glotte se ferme, comme cela a lieu chez les jeunes mammifères, ou si des liquides ou du sang s'épanchent dans la trachée. On conçoit, au reste, d'après ce qui précède, que tous ces phénomènes ne sont pas des résultats directs de l'interruption des fonctions de la dixième paire ; mais qu'ils doivent être attribués à la diminution du nombre des respirations.

Résumé. — Le pneumo-gastrique (10e paire), est un nerf sensitif ; il est capable de communiquer les impressions au cerveau ; il les communique plus ou moins vivement, selon la membrane muqueuse dans laquelle il se distribue. Il communique par conséquent les sensations de faim et de besoin de respirer, il n'a pas une influence directe sur la sécrétion, la quantité et la qualité du suc gastrique, sur les contractions de l'œsophage et de l'estomac, sur la chymification, sur les muscles de la glotte, sur la respiration et les contractions du cœur, sur la température propre des animaux et sur la transformation du sang noir en sang rouge. Mais en ce qu'il est nerf sensitif il ne peut plus, après la section, communiquer au cerveau le besoin de respirer ; le nombre des respirations diminue alors, la température s'abaisse, la sanguinification est troublée, le sang s'accumule dans le cœur, les poumons, les grandes artères ; les animaux meurent suffoqués. Le rameau interne de la onzième paire préside aux contractions de l'œsophage, des muscles de la glotte et de l'estomac ; il s'unit au nerf pneumo-gastrique, au cou ; on doit donc, dans les expériences, bien isoler les phénomènes qui appartiennent à l'un ou à l'autre de ces deux nerfs. De même dans les maladies, on doit distinguer entre une affection de l'une ou de l'autre paire, ou de toutes les deux simultanément.

Archives de médecine. — Août 1840.

Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang (fibrine, globules, matériaux solides du sérum et eau) dans les maladies; par MM. Andral et Gavarret.

« Ce travail est le résultat de l'examen du sang de 200 malades, et de 360 saignées.

» Le procédé auquel nous avons eu recours est celui qui a été indiqué par MM. Prévost et Dumas.

» Nous avons vu, dans les maladies sur 1000 parties du sang, la fibrine varier entre 1 et 10 millièmes, les globules entre 185 et 21, les matériaux solides du sérum entre 104 et 57, l'eau entre 915 et 725.

» Dans les maladies il est très-rare que les différents principes du sang augmentent ou diminuent simultanément. Le plus souvent on les voit s'isoler les uns des autres dans leurs altérations : tantôt il n'y en a qu'un seul qui se modifie dans sa quantité, soit en plus, soit en moins ; tantôt il y en a deux qui se modifient à la fois, mais en sens inverse, de telle sorte, par exemple, qu'en même temps que la fibrine augmente, les globules diminuent, et réciproquement. De là résulte un changement remarquable dans les rapports de quantité que ces principes doivent conserver entre eux.

» Relativement aux changements que les maladies ont le pouvoir d'introduire dans la composition, on peut les diviser en quatre classes :

» La première classe comprend des maladies dans lesquelles la fibrine est constamment augmentée ; on y trouve les *phlegmasies* ;

» La seconde classe comprend d'autres maladies dans lesquelles la fibrine n'augmente jamais et souvent diminue : telles sont les *pyrexies* ;

» Dans une troisième classe on trouve des maladies où il y a diminution constante des globules : telle est la *chlorose* ;

» Enfin dans une quatrième classe se rangent des états morbides où l'altération fondamentale du sang porte sur l'albumine du sérum qui est diminuée : telle est la *maladie de Bright*.

» Mais ce n'est pas tout : les faits ne se présentent

pas toujours avec cette simplicité que nous venons de leur supposer. Il arrive souvent que plusieurs états morbides, dont chacun entraîne dans le sang une modification différente, viennent à se compliquer; eh bien! en cas pareil, on retrouve nettement dans le sang la trace de cette complication. Soit, par exemple, une pneumonie qui frappe une femme chlorotique; le sang continuera à n'avoir que très-peu de globules, mais sur le champ sa quantité de fibrine augmentera. Nous avons vu ces résultats se reproduire si souvent, que, par cela seul que nous trouverions dans le sang de quelque malade que ce fût, plus de 5 en fibrine; nous ne craindrions pas d'affirmer chez ce malade la complication d'un des états morbides compris dans notre première classe, et par contre, par cela seul que nous trouverions moins de 2 en fibrine au lieu de trouver plus de 5, nous nierions cette sorte de complication.

» Enfin, en dehors de la maladie, les pertes de sang et la privation des aliments modifient puissamment la composition du sang, et viennent mêler leur influence à celle de la maladie. Ce fait est généralement admis; mais il s'agit de savoir de quelle manière et dans quel sens la composition du sang vient à se modifier. Voici à cet égard ce que nos recherches nous ont appris :

» Les pertes de sang et la diète agissent principalement sur les globules qu'elles diminuent. Quelle que fût la maladie dans laquelle nous pratiquions des saignées, celles-ci avaient pour effet constant de rendre, à mesure qu'on les répétait, le nombre des globules de moins en moins considérable; c'est là une loi à laquelle nous n'avons pas trouvé d'exception. Mais il est à remarquer que, d'une saignée à l'autre, les globules ne diminuent pas dans la même proportion chez tous les malades; il y a à cet égard de très-grandes différences individuelles, et une grande inégalité de résistance, à tel point que chez l'un, d'une saignée à l'autre, les globules perdront à peine 2 ou 3, et que chez l'autre ils perdront plus de 30, et jusqu'à près de 40.

» Mais en même temps que les émissions sanguines font aussi, dans tous les cas, diminuer les globules, la fibrine conserve le plus souvent son même chiffre, diminue rarement, et dans d'autres circonstances augmente; et il y a encore ici quelques lois à poser.

» Lorsque la maladie est de nature telle, que l'accroissement du chiffre de la fibrine est un de ses éléments nécessaires, cet accroissement a lieu malgré les saignées et malgré la diminution des globules.

» Pour que les pertes de sang aient la puissance d'abaisser le chiffre de la fibrine, il faut qu'elles aient été très-considérables, et que d'abord les globules aient commencé par subir eux-mêmes une très-grande diminution : il arrive alors un moment où tous les éléments solides du sang s'abaissent simultanément.

» Nous allons maintenant présenter l'analyse rapide des faits relatifs aux altérations de composition du sang dans les quatre grandes classes de maladies que, d'après elles, nous avons ci-dessus établies.

Classe première. — *Maladies dans lesquelles la fibrine est augmentée.*

« Nous avons constaté cette augmentation sous deux ordres de maladies : 1° Dans les maladies qu'on appelle des *phlegmasies*, 2° Dans les tubercules pulmonaires,

» Les maladies du premier ordre, dans lesquelles nous avons examiné le sang, sont le rhumatisme articulaire, la pneumonie, la bronchite capillaire, la pleurésie, la péritonite, l'amygdalite, l'érysipèle, la cystite, la suppuration aiguë des ganglions lymphatiques, une éruption furonculaire avec fièvre.

» Nous avons examiné le sang chez 89 individus atteints de ces maladies, et dans 153 saignées que nous avons fait pratiquer.

» Dans tous les cas où ces maladies se sont montrées sous leur forme aiguë, et qu'elles ont été accompagnées de fièvres, nous avons trouvé dans le sang une notable augmentation de fibrine dont le chiffre d'ailleurs a varié, soit dans les différents cas d'une même sorte de maladie, soit d'une espèce de maladie à une autre espèce.

» Ainsi, en prenant 3 comme moyenne normale de la fibrine, nous avons trouvé dans ce chiffre les degrés suivants d'élévation.

» Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, la quantité moyenne de fibrine a oscillé entre 7 et 8. Son minimum a varié entre 4 et 5; son maximum a été 10.

» Dans la *pneumonie*, la quantité moyenne de fibrine a été la même que dans le rhumatisme aigu, et elle nous a offert aussi en fibrine le même minimum et le même maximum. Dans 52 saignées de pneumonie, nous avons trouvé, comme chiffres très-ordinaires de fibrine, 6, 7, 8, plus rarement 9, exceptionnellement 10 (deux fois seulement); tandis que ce dernier chiffre ne s'était rencontré qu'une seule fois dans 43 saignées de rhumatisme.

» Dans la *bronchite capillaire aiguë*, la quantité moyenne de fibrine n'est plus aussi considérable que dans les deux maladies précédentes; elle se maintient entre 6 et 7, et le maximum de fibrine cesse de dépasser 9.

» Dans la *pleurésie aiguë*, la quantité moyenne de fibrine descend encore; elle oscille entre 5 et 6,

Digitized by Google

et le maximum de ce principe ne dépasse plus 6 ; de telle sorte qu'un chiffre assez bas en fibrine pour le rhumatisme et la pneumonie, devient pour la pleurésie le chiffre le plus élevé.

» La *péritonite aiguë*, la quantité moyenne de fibrine est la même que dans la pleurésie (entre 5 et 6); le maximum de ce principe est 7.

» Dans les autres maladies que nous avons nommées, comme amygdalite aiguë, érysipèle, suppuration aiguë des ganglions lymphatiques, le chiffre de la fibrine, toujours plus élevé que dans l'état normal, descend, encore pour sa moyenne, à un chiffre un peu plus bas que dans les maladies précédentes ; cette moyenne n'est plus guère que de 5. Il y a encore, dans ces cas, quelques maxima où la fibrine atteint 6 et 7.

» Mais dans aucun cas la fibrine ne descend au-dessous de 4, et très-rarement elle s'abaisse au-dessous de 5.

» Ainsi, dans toutes les maladies appelées *phlegmasies*, dans lesquelles nous avons examiné le sang, quel que fût leur siége et quel que fût leur degré d'intensité, la fibrine avait dépassé notablement son chiffre normal, et les limites de l'échelle qu'elle a parcourue peuvent être représentées par les chiffres 5 d'une part, et 10 de l'autre.

» Mais pour que cette règle se soutienne, il faut qu'intervienne la double condition de l'acuité et de la fièvre.

» Car si la maladie est primitivement chronique ou l'est devenue, si la fièvre n'a jamais existé ou a disparu, la fibrine cesse d'être en excès dans le sang : elle n'y fait pas non plus défaut ; elle y conserve ou y reprend sa quantité normale. C'est ce que nous avons bien constaté, en suivant dans leur forme aiguë, subaiguë et chronique, le rhumatisme, la bronchite, la pleurésie, la péritonite.

» A l'état d'acuité, l'élévation du chiffre de la fibrine est réglée par l'intensité des symptômes locaux, et par celle du mouvement fébrile. Aucune phlegmasie, comme on l'a vu, ne produit plus de fibrine que la pneumonie, et, après elle, que le rhumatisme articulaire aigu.

» Lorsque la phlegmasie s'amende, la fibrine diminue. Si, après s'être amendée, la maladie reprend de nouveau une forme plus aiguë, de nouveau la fibrine augmente. De telle sorte que, dans le cours d'une même maladie, on peut voir la fibrine, ou rester stationnaire, ou s'accroître, ou descendre pour remonter encore, et tout cela en raison de l'intensité des accidents plutôt que de leur durée.

» Si enfin une phlegmasie aiguë intervient dans le cours d'une maladie quelconque, elle marque sur le champ son apparition par une augmentation de la fibrine du sang.

» Bien différents en cela de la fibrine, les globules, dans aucun cas, ne subissent d'augmentation par l'effet de l'état phlegmasique ; souvent même, dès le début des affections de ce genre, les globules semblent plutôt avoir diminué dans toute phlegmasie, et, quel qu'ait été leur chiffre au point de départ, ils offrent pour loi constante de décroître à mesure que la maladie se prolonge ; mais il en est ainsi dans toutes les maladies où les individus sont soumis à la diète et aux saignées, ainsi que nous l'avons déjà vu.

» Un grand abaissement du chiffre des globules n'empêche pas l'état phlegmasique de prendre naissance ; il ne l'empêche pas de s'accroître et d'arriver à un grand développement. D'une autre part, un chiffre très-élevé de globules ne semble en rien favoriser sa production, et ne paraît pas contribuer, une fois produite, à la rendre plus intense. Nos observations nous ont montré l'inflammation compatible avec des chiffres très-variables de globules, depuis celui de 148 jusqu'à celui de 60.

» Dans toutes ces maladies phlegmasiques, les matériaux solides du sérum n'ont présenté aucune altération digne de remarque.

» L'eau a varié entre les chiffres 771 et 840.

» En dehors de ces maladies, nous avons vu aussi, avons-nous dit, la fibrine augmenter dans le sang des individus atteints de tubercules pulmonaires ; nous avons examiné ce sang chez 20 phthisiques et dans 21 saignées.

» Quelle que soit la période de la phthisie pulmonaire à laquelle on examine le sang, on constate une tendance à l'augmentation de la fibrine et à la diminution des globules. Mais l'élévation du premier de ces éléments, et l'abaissement du second, ne sont pas également marqués à toutes les phases de la maladie.

» Tant que les tubercules sont encore à l'état de crudité, la fibrine ne présente qu'une augmentation peu considérable, dont la moyenne nous semble pouvoir être représentée par le chiffre 4. Alors la diminution des globules, bien que manifeste, n'est pas encore très-grande.

» Lorsque les tubercules commencent à se ramollir, la fibrine offre un chiffre plus élevé, dont la moyenne est 4 1/2. Les globules continuent à descendre.

» Enfin, lorsque le poumon est creusé de cavernes, la fibrine croît encore, donnant pour moyenne le chiffre 5, fournissant assez souvent 5 1/2, et pouvant même s'élever jusqu'à 6. Ainsi sa plus grande élévation, dans la phthisie, est loin d'avoir jamais égalé la moyenne de fibrine dans la pneumonie.

» Toutefois, lorsque la tuberculisation pulmonaire a réduit les malades au dernier degré du marasme, la fibrine elle-même commence à obéir à la loi de décroissement des autres matériaux du sang,

Digitized by Google

et elle descend à son tour au-dessous de son chiffre normal : nous l'avons vue en pareil cas ne plus donner que 2. Mais c'est là une exception dont nous avons trouvé des analogues pour d'autres cas, et dont nous pouvons nous rendre compte.

» En principe général, il nous a paru qu'on pouvait établir que le plus grand excès de fibrine dans le sang des phthisiques se produisait dans l'époque où un mouvement fébrile venait à s'établir.

» Marchant en sens inverse de la fibrine, les globules, dans cette dernière période de la phthisie, deviennent de moins en moins abondants. Pendant la durée du premier degré de la maladie, ils s'étaient maintenus au-dessus de 100, n'atteignant jamais toutefois leur quantité moyenne; dans le second degré on les trouve généralement abaissés au-dessous du chiffre 100 ; enfin, dans le troisième degré, leur quantité, dans la majorité des cas, devient encore moins considérable. Toutefois, même dans ce troisième degré, nous n'avons vu, dans aucun cas, les globules descendre plus bas que le chiffre 81, diminution notable sans doute, mais qui est loin d'être celle qu'on trouve dans la chlorose, par exemple, et qu'on aurait pu croire, *à priori*, devoir être plus considérable, en raison des altérations profondes éprouvées par le poumon, et des obstacles que ces altérations doivent apporter dans l'accomplissement de l'hématose.

» Les matériaux solides du sérum ont varié chez nos phthisiques entre 64 et 98, le chiffre 64 ayant été donné par le phthisique qui, par exception, ne fournit que 2 en fibrine.

» L'eau s'est trouvée d'autant plus abondante que le sang a été examiné à une époque plus avancée de la maladie : elle a varié entre 784 et 845.

CLASSE DEUXIÈME. — *Maladies dans lesquelles la fibrine est en quantité normale ou diminuée, en même temps que les globules sont aussi en quantité normale ou augmentée.*

« Cette classe se divise en deux ordres : 1° les pyrexies, ou fièvres; 2° plusieurs congestions et hémorrhagies.

» 1er ORDRE. Nous rapporterons à cinq groupes les faits dont nous avons à rendre compte relativement à ce premier ordre :

» *A.* — *Prodrome des fièvres continues.* — Jamais d'augmentation de fibrine ; souvent diminution de ce principe, à tel point qu'on le voit s'abaisser jusqu'à 1 millième. Jamais de diminution des globules avant les saignées, et souvent leur augmentation, à ce point qu'ils peuvent dépasser 140 et qu'ils se sont élevés une fois jusqu'à 157 : chiffre considérable, qui se rencontra chez un malade, qui n'avait en même temps que 1 en fibrine. Au lieu de marcher à un état plus grave, il se rétablit, et une seconde saignée montra la fibrine remontée et les globules descendus.

» *B.* — *Fièvres continues simples.* — Si elles existent sans travail phlegmasique appréciable, les modifications du sang se soutiennent dans le même sens que dans le groupe précédent. Dans un de nos cas où existait cet ensemble de symptômes qui caractérisent la fièvre inflammatoire ou angéioténique, les globules avaient atteint le chiffre énorme de 185, et cependant la fibrine s'était maintenue à sa quantité normale.

» *C.* — *Fièvres typhoïdes.* — Nous avons réservé ce nom pour la fièvre continue qui coïncide avec un état exanthémateux d'abord, puis ulcéreux des follicules intestinaux. Nous avons examiné le sang dans cette maladie chez vingt malades, et dans cinquante saignées.

» En raison de l'apparence phlegmasique de l'altération intestinale qui forme le caractère anatomique de la fièvre typhoïde, on serait en droit de supposer que, dans cette maladie, le sang doit plus ou moins revêtir les qualités du sang des inflammations ; mais il n'en est point ainsi : quelle que soit l'intensité de la phlegmasie intestinale, le sang n'en emprunte point ses caractères. Dans la fièvre typhoïde, quelle que soit la période à laquelle on examine le sang (et cet examen nous l'avons fait depuis le quatrième jour jusqu'au vingt et unième), on ne trouve jamais la fibrine élevée au-dessus de son chiffre physiologique; elle le conserve assez souvent, mais souvent aussi elle s'abaisse au-dessous de lui, offrant ainsi une manière d'être inverse de celle qu'elle offre dans toute phlegmasie. En outre, tandis que, dans celle-ci, la fibrine augmente en raison directe de l'intensité de la maladie, dans la fièvre typhoïde, au contraire, la fibrine diminue en raison directe de la gravité de cette fièvre, et elle peut diminuer au point de tomber au-dessous de 1 millième. La fièvre typhoïde est, de toutes les maladies, celle où nous avons vu le chiffre de la fibrine descendre le plus bas.

» Quant aux globules, tandis que, dans la phlegmasie, ils se montrent très-souvent avec un chiffre peu élevé dès le début de la maladie, dans la fièvre typhoïde, c'est une tendance inverse qui a lieu : plus on examine le sang à une époque rapprochée de l'invasion de la fièvre, plus on trouve de cas dans lesquels non-seulement les globules n'ont pas diminué, mais dans lesquels ils ont augmenté d'une manière très-notable. Ainsi, jusqu'au huitième jour, il n'est pas rare de voir le chiffre des globules varier entre 140 et 150, tandis que, dans le rhumatisme articulaire aigu et la pneumonie, jusqu'au huitième jour ils ne se sont guère élevés au-dessus de 130. De plus, à une époque déjà éloignée du début de la

Digitized by Google

fièvre typhoïde, on voit souvent, malgré les saignées et la diète, les globules se maintenir encore à un chiffre assez élevé, au-dessus de 130, ce qui n'a pas lieu dans les phlegmasies. Toutefois, et ceci est fort important à remarquer, ce chiffre élevé peut n'avoir jamais eu lieu, ou avoir cessé d'exister, et la fièvre typhoïde n'en prend pas moins naissance et n'en marche pas moins. Il y a ici plusieurs cas à distinguer : c'est que la fièvre typhoïde est en elle-même un état morbide infiniment plus complexe qu'une phlegmasie.

» En résumé, une diminution de la fibrine d'autant plus marquée et d'autant plus considérable que la fièvre typhoïde a elle-même plus de gravité, voilà le trait caractéristique de l'altération du sang dans cette maladie. Un autre trait qui pourrait être considéré comme une conséquence du premier, c'est un excès de globules par rapport à la fibrine. Mais, dans les premiers temps, il n'y a en réalité (et cela même, pas toujours) qu'excès de globules, et la fibrine n'est alors en moins que par rapport à eux ; à une époque de gravité plus grande, il y a en réalité diminution de la fibrine. D'où il suit que le caractère fondamental de l'altération du sang dans la fièvre typhoïde ne se développe que dans la forme grave de la maladie, et que, dans les cas légers, il peut arriver que le sang ne présente que des caractères purement négatifs.

» *D.—Fièvres éruptives* (*variole*, *varioloïde*, *rougeole*, *scarlatine*). — Dans ces fièvres nous avons obtenu les mêmes résultats généraux que dans les trois groupes précédents. Le chiffre inférieur de la fibrine a été 1; son chiffre supérieur 4, et encore celui-ci ne s'est-il montré qu'une seule fois; dans la plupart des cas la fibrine s'est maintenue entre les chiffres 3 1/2 et 2.

» Il y a lieu de s'étonner, sans doute, que dans une maladie où, comme dans la variole, la peau devient le siége d'une suppuration abondante, le sang, obéissant à la loi des phlegmasies, ne traduise pas ce travail par une augmentation de fibrine. C'est que la phlegmasie cutanée de la variole, comme la phlegmasie intestinale de la fièvre typhoïde, ne sont que de simples éléments d'une affection plus générale qui les domine, et d'où le sang reçoit ses caractères.

» Quant aux globules, ils nous ont offert encore une augmentation considérable dans plusieurs cas de scarlatine et de rougeole, s'élevant par exemple jusqu'au chiffre 146, et au contraire ils n'ont augmenté d'une manière sensible dans aucun cas de variole.

» *E. — Fièvres intermittentes.* — Dans tous les cas, soit que nous ayons examiné le sang dans les accès ou dans leurs intervalles, nous n'avons obtenu que des résultats négatifs.

» Avec les différents faits que nous avons rapportés, nous sommes maintenant en état de répondre à la question suivante : dans les phlegmasies, est-ce la fièvre, est-ce la phlegmasie qui produit dans le sang une augmentation de fibrine? Nous pouvons répondre que c'est la phlegmasie, et que, sans l'intervention du travail local qui constitue celle-ci, la fièvre seule, quelles que soient son intensité et sa durée, n'a pas pour effet d'augmenter la quantité de fibrine que le sang doit contenir.

» 2ᵉ Ordre. — *Congestions et hémorrhagies cérébrales.*

» Au point de vue des doctrines médicales qui sont aujourd'hui le plus généralement répandues, les résultats que nous a donnés l'examen du sang dans ces maladies nous offrent quelque chose d'inattendu et comme de singulier.

» En effet, dans la majorité des cas, nous avons trouvé la fibrine abaissée au-dessous de son chiffre normal, tandis que les globules avaient conservé leur moyenne physiologique, ou l'avaient dépassée; et ce double résultat était d'autant plus tranché, que nous examinions le sang à une époque plus rapprochée de l'invasion de la maladie. Et qu'on ne dise pas que la perte du sang fut ici la cause de la diminution de la fibrine; car, d'après ce que nous savons, si elle avait été assez considérable pour avoir quelque sorte d'influence, elle aurait commencé à coup sûr par diminuer les globules, avant de s'attaquer à la fibrine.

» Que si de ces faits, nous en rapprochons beaucoup d'autres, déjà cités dans le cours de ce mémoire, nous nous croirons en droit d'établir, comme déductions de nos analyses, ce que M. Magendie avait déjà signalé comme résultat de ses expériences à savoir que toutes les fois que dans le sang le chiffre de la fibrine diminue de beaucoup par rapport à celui des globules, le sang, perdant sa cohésion normale, tend à sortir des vaisseaux qui le contiennent, de telle sorte que c'est dans une modification toute chimique du sang que nous sommes amenés à chercher la cause d'un certain nombre d'hémorrhagies, dont jusqu'à présent on n'a guère trouvé la raison que dans la modification anatomique du solide au sein duquel ces hémorrhagies s'accomplissent; mais est-ce à dire qu'il en est toujours ainsi? Non sans doute, car nous avons trouvé d'autres cas d'hémorrhagies cérébrales dans lesquelles le sang avait conservé la quantité normale de ses principes constituants.

Classe troisième.—*Maladies dans lesquelles les globules de sang sont diminués.*

» Nous renvoyons au mémoire l'exposition d'un certain nombre de faits relatifs à des états morbides

divers qui, dans le sang, reconnaissent comme caractère une diminution notable du chiffre des globules; parmi ces états morbides nous nommerons seulement quelques hydropisies, l'étiolement tout particulier qui suit d'anciennes fièvres intermittentes, l'état cachectique spécial que présentent les ouvriers soumis depuis longtemps à l'influence des préparations de plomb. Nous donnerons seulement quelques détails sur la *chlorose*.

» Il y a, pour cette maladie, un premier degré dans lequel elle se caractérise si peu par des signes extérieurs, qu'au premier abord on prendrait les jeunes filles qui en sont atteintes pour des personnes pléthoriques, mais c'est là une fausse pléthore qui va, en quelque sorte, se dénoncer par l'état du sang; car déjà il donne à l'analyse moins de globules qu'à l'état normal. Mais cette diminution est encore peu considérable : elle va devenir bien autrement remarquable dans les cas de chlorose confirmée. Alors on constate dans le sang une diminution de globules qu'on ne trouve à ce point dans aucune autre maladie, si ce n'est dans les cas tout accidentels où d'abondantes hémorrhagies sont venues profondément épuiser l'organisme. Dans un cas de ce genre, déjà cité, nous avons vu les globules ne plus donner que le chiffre 21. Eh bien ! dans la chlorose, nous avons vu les globules abaisser de leur chiffre moyen 127 au chiffre 28. Nous les avons vus plus fréquemment descendre entre 60 et 50, entre 50 et 40. Dans ces cas divers, la température se maintenait entre 37 et 38 degrés.

» Cependant nous donnâmes du fer à ces chlorotiques, et un certain temps après que nous eûmes commencé l'administration de ce médicament, le sang fut examiné de nouveau, et nous trouvâmes le chiffre des globules remonté. Dans un cas, par exemple, où, avant l'administration du fer, le sang ne contenait que 46 en globules, il en offrit 95 après que la malade eut pris du fer.

» Quant aux autres éléments du sang, sauf l'eau, qui s'accrut en raison directe de l'abaissement des globules, ils ne prirent aucune part au changement; ainsi les matériaux solides du sérum variant entre 34 et 75, se maintinrent dans les limites de leur quantité physiologique, et la fibrine, restant encore indépendante de l'état des globules, ne subit en aucune façon l'influence de la maladie : vainement les globules descendirent, elle ne les suivit pas, et l'administration du fer ne fit pas varier sa quantité. Et ici un cas singulier se présente : non-seulement la fibrine ne diminua pas par l'effet de la chlorose, mais dans deux cas elle augmenta, atteignant les chiffres 6 et 7. Nous pouvons en donner la raison : c'est que, dans ces deux cas, la chlorose n'existait plus comme unique maladie; dans un cas, elle marchait avec une phthisie pulmonaire au troisième degré, dans l'autre elle était compliquée d'un rhumatisme articulaire aigu. Ainsi non-seulement la fibrine se soustrait aux altérations que le sang éprouve par le fait de la chlorose, mais encore, si une autre maladie vient coïncider avec celle-ci, la fibrine en reçoit sa modification accoutumée, tout aussi bien que si la chlorose n'existait pas.

Classe quatrième. — *Maladies dans lesquelles l'albumine du sérum est diminuée.*

» Lorsque la sécrétion des reins s'est modifiée de telle façon que l'urine s'en échappe mêlée à une certaine quantité d'albumine, on trouve ce principe en quantité moindre dans le sang. Nous avons vérifié ce fait déjà annoncé par d'autres auteurs. Nous avons constaté en pareil cas une diminution telle d'albumine, que sur mille parties de sang le sérum n'en contenait plus que de 56 à 60, au lieu de 72 qui est son chiffre moyen. Nous nous sommes assurés, en outre, que l'abaissement du chiffre de l'albumine dans le sérum du sang était en raison directe avec la plus grande quantité d'albumine que l'on trouvait dans l'urine. Nous avons vu des cas où, au bout d'un certain temps, l'urine venait à contenir moins d'albumine, et alors, chez le même individu nous en retrouvions davantage dans le sérum du sang. Enfin, lorsque l'albumine venait à disparaître de l'urine, ce principe remontait dans le sérum du sang à son chiffre normal. Ajoutons que dans les cas où l'urine ne contenait de l'albumine que d'une manière passagère, l'albumine du sang n'en était pas modifiée.

» Du reste, dans ces cas divers, les autres principes constituants du sang ne nous présentèrent que des modifications accidentelles en rapport avec des causes accidentelles elles-mêmes. Ainsi, dans un de ces cas, une phlegmasie aiguë, jetée à travers la maladie principale, augmenta tout à coup la quantité de la fibrine; dans un autre cas, la privation prolongée des aliments abaissa de beaucoup la quantité des globules. Et c'est ainsi que plus nous avons avancé dans des recherches, plus il nous est devenu facile, par l'analyse des faits, de ramener à quelques principes les causes de tous ces changements de composition du sang, qui, par leur mobilité même et par la rapidité de leur succession, sembleraient au premier coup d'œil échapper à la règle, et se produire au hasard. Au milieu de ce désordre apparent, il y a des lois qui s'accomplissent, et, pour les trouver, il s'agit surtout de chercher à dégager les phénomènes de leurs complications.

» Qu'on nous permette, avant de terminer, une dernière remarque sur le parti que quelques personnes supposent que l'on pourrait tirer de l'examen

Digitized by Google

de la densité du sérum. Pour évaluer la quantité d'albumine et de sels contenus dans le sang, on a effectivement vérifié que dans la maladie de Bright, où le sang contient moins d'albumine, son sérum a aussi moins de densité; mais toute diminution de densité du sérum est-elle le résultat d'une diminution de l'albumine, et est-on fondé à donner pour preuve de l'abaissement du chiffre de l'albumine dans le sang, la densité de moins en moins grande que présente ce liquide, à mesure qu'on répète les saignées? Nous ne saurions l'accorder; car ce serait là un résultat qui serait généralement en désaccord avec celui qu'ont fourni nos analyses. Si dans un pareil cas le sérum perd de sa densité, c'est que celui-ci ne dépend pas uniquement de la quantité d'albumine et de sels du sang. En effet, la proportion d'albumine et de sels restant la même, il suffit que les globules diminuent pour que la quantité d'eau augmentant proportionnellement, la densité du sérum se trouve abaissée. Or, comme le résultat le plus constant des saignées pratiquées à des intervalles rapprochés est de faire baisser la proportion des globules, on conçoit sans peine que les données fournies par la densité du sérum peuvent induire en erreur, en faisant rapporter à l'albumine et aux sels une diminution de proportion qui, le plus souvent, porte réellement sur les globules. Lors donc que l'on constate un abaissement de la densité du sérum, la seule conclusion que l'on puisse tirer de ce fait, c'est que le sang est appauvri, mais l'analyse seule peut apprendre lequel de ses principes a subi un abaissement de proportion.

L'Expérience. — Août 1840.

Coup d'œil historique et critique sur l'état actuel de la médecine et de la chirurgie en Espagne et en Portugal; par F.-M. Pulido, docteur en médecine.

Couchés derrière les Pyrénées comme deux cadavres dans leur cercueil, l'Espagne et le Portugal, isolés du reste de l'Europe, semblaient sommeiller depuis deux siècles dans une léthargie profonde. Sans vie politique bien reconnue, sans caractère scientifique bien déterminé, leur existence est restée longtemps un fait sans importance pour les savants, un phénomène incompréhensible pour les publicistes. Ainsi leur organisation politique n'est-elle qu'incomplétement connue, leur science tout à fait ignorée des autres peuples, et les derniers événements dont ces pays ont été le théâtre, toujours mal compris, n'ont-ils éveillé parmi nous que des *vœux d'une généreuse sympathie*.

Ces mâles générations, qui donnèrent jadis à Rome des législateurs et des maîtres, qui, après avoir doté l'ancien continent de la découverte d'un nouveau monde, parvinrent, en conquérants, à lui imposer leurs mœurs et leurs lois, subissent aujourd'hui par l'oubli et l'indifférence auxquels elles semblent condamnées, la plus flétrissante expiation de leur gloire passée.

Néanmoins il serait injuste de ne pas reconnaître un généreux élan dans les premiers efforts de deux peuples désireux d'obtenir, avec l'amélioration de leur existence, l'accroissement de leur lumière et de leur dignité.

Prendre leur longue immobilité pour de l'inertie serait, à notre sens, le plus dangereux des mécomptes et la plus éclatante des injustices. Pour le philosophe, les générations passent, mais l'esprit des sociétés humaines ne périt jamais. Dans le sein de chaque société, même de la plus stationnaire, et sous l'apparence d'une mort réelle, il se produit un travail d'élaboration continuelle, véritable nutrition cachée, au moyen duquel les idées fermentent en quelque sorte sourdement, acquièrent progressivement de la vigueur, et font éclater un jour dans les cœurs des populations amorties cette énergique activité qui conçoit les plus grandes entreprises, et trouve en elle-même les ressources pour les accomplir.

Les populations de la Péninsule hispanique se sont montrées plus d'une fois, pendant leurs diverses périodes d'évolution, douées d'un énergique principe de vie, fruit d'une séve généreuse; l'on a pu juger qu'elles n'attendaient qu'un moment favorable pour se relever puissantes, et reconquérir leurs titres et leurs droits.

Nous avons foi dans les enseignements de l'histoire, et le passé étant une garantie de l'avenir, nous pouvons croire aux belles destinées qui sont encore réservées à ces peuples.

Six années se sont à peine écoulées depuis le moment où, par de terribles convulsions, le besoin d'un état meilleur s'est fait sentir. Le mouvement n'a pas seulement éclaté dans les rues et par des discordes civiles; mais les idées elles-mêmes ont changé et grandi. Des besoins intellectuels se sont fait sentir, et les savants, comme la jeunesse espagnole et portugaise, se sont mis au niveau de leur nouvelle mission : des journaux scientifiques ont été créés, des sociétés savantes constituées.

Faire connaître l'impulsion qu'a reçue la science médicale dans cette évolution progressive; montrer que ce n'est là qu'une conséquence nécessaire des faits que nous venons de signaler, et constater enfin le point de départ de l'ère nouvelle et glorieuse dans laquelle la médecine espagnole et portugaise vient

Digitized by Google

d'entrer : tel est le but que nous nous sommes proposé.

En esquissant le tableau de la situation médicale de ces deux pays, en indiquant d'une part, les progrès déjà accomplis dans la science, et de l'autre le chemin qui reste encore à parcourir dans cette voie de progrès, nous n'avons ni la volonté ni la prétention de marquer une direction aux travaux des hommes spéciaux dont le zèle et l'ardeur égalent seuls le talent et la capacité.

Tout le monde sait qu'en dehors des circonstances purement locales, qui peuvent retarder ou favoriser dans un pays le développement d'une science, celle-ci trouve dans ses principes fondamentaux et ses méthodes des éléments divers de prospérité ou d'insuccès.

Sous ce dernier point de vue, notre travail a été pour nous un sujet d'étude et d'appréciation de la valeur scientifique des différents principes sur lesquels repose aujourd'hui l'édifice médical. En parlant de la médecine espagnole et portugaise, on ne pourrait approuver ni combattre aucun de ses principes, sans justifier ou combattre en eux les vérités et les erreurs de la science médicale en général.

Pour remplir cette double tâche, nous devons envisager notre sujet des points les plus élevés; prendre dans son ensemble les différents problèmes qui se rattachent à la médecine proprement dite, et découvrir à travers les irrégularités apparentes ou réelles que présentent les faits isolés la loi fondamentale à laquelle la science est assujettie.

Dans un pareil travail il est nécessaire de discerner tout ce qui n'est que d'une importance secondaire, d'avec les faits primordiaux qui, par leur influence, dominent tous les autres, impriment à la science une physionomie particulière, et traduisent fidèlement son esprit. C'est par une voie semblable que les études historiques ont acquis, dans ces derniers temps, cette haute portée philosophique qui les a rendues si fécondes en application pratique. C'est en suivant la même direction que nous pourrons réduire en corps de doctrine des observations éparses; comprendre leur signification et leur valeur réelles; dégager la partie dogmatique de la science, et ne pas la confondre avec l'usage de quelques pratiques médicales isolées. « Quand on veut apprécier et juger une doctrine médicale, a dit Bérard, il faut saisir l'ensemble de ses principes, ses méthodes, sa manière de philosopher, son génie, sa tendance. »

Pour faire connaître celle qui sert de direction aux travaux des médecins espagnols et portugais, nous devrons prendre les éléments de notre conviction dans l'esprit de leur système, dans l'organisation de leurs écoles et des différents corps scientifiques, et enfin dans l'examen des préceptes thérapeutiques qui découlent des travaux pratiques des principaux hôpitaux ; ce sont là trois divisions naturelles de notre travail. Nous aurons donc à nous occuper successivement et dans trois chapitres différents :

1° Des théories médicales espagnoles et portugaises ;

2° Des écoles de médecine ;

3° Des hôpitaux.

Chapitre 1er. — *Des théories médicales espagnoles et portugaises*

§ I. — Considération et indépendance deviennent, dans le monde des idées, deux conditions indispensables au succès des travaux intellectuels; sans leur appui, les sciences ne parviennent jamais à se créer, dans aucun pays, une existence propre, ni à atteindre un développement complet.

Pour se dévouer aux recherches pénibles qui préparent et font éclore les grandes découvertes, les hommes de science doivent trouver dans la protection du gouvernement, dans l'assentiment de l'opinion publique, les garanties d'une rémunération suffisante et digne d'encourager leurs efforts. Ils exigent aussi la liberté de propager leurs idées, par de larges voies de publicité ; car une récompense purement matérielle ne suffirait point à ceux, qui par la nature et l'importance de leurs travaux, sont en droit de se procurer dans le monde une certaine influence, et d'occuper dans la société une position élevée.

Les savants d'Espagne et de Portugal ne se sont point trouvés dans tous les temps, en présence de semblables bienfaits et de pareils encouragements. L'histoire de ces deux pays présente à cet égard deux époques bien différentes. Dans la première, les plus grands avantages sont accordés aux travaux scientifiques, et les sciences s'élèvent au plus haut degré de prospérité.

Dans la seconde, une réaction funeste se fait sentir et conduit à une décadence générale des connaissances humaines, pendant laquelle une persécution morale et physique frappe les individus qui veulent les cultiver.

La partie heureuse de cette double histoire se rattache tout entière à l'époque la plus mémorable de la vie de ces deux grands peuples, elle est une de ses phases les plus imposantes.

Pour l'Espagne, elle prit naissance dans les sages dispositions qui illustrèrent le régne des rois Ferdinand et Isabelle, les catholiques, sous les auspices desquels commença à se former cette Espagne, qui devint entre les mains de Charles-Quint la première nation parmi les nations d'Europe.

Le Portugal, aux quinzième et seizième siècles,

Digitized by Google

ne comptait pas seulement, parmi ses enfants, des capitaines intrépides, des Vasco-da-Gama, qui osèrent braver les écueils des mers lointaines, pour faciliter au commerce, alors qu'il était l'agent le plus actif de civilisation, de nouvelles routes propres à multiplier ses ressources et à accroître sa puissance.

La patrie de Camöens possédait aussi les savants les plus renommés de cette époque, après lesquels Cristhobal Colomb viendra puiser des inspirations qui lui révèleront l'existence du nouveau monde qu'il devait conquérir.

La plupart de ses établissements scientifiques, l'Espagne les doit aux rois de Castille et d'Aragon, dont le règne fut pour la médecine espagnole une époque riche en travaux originaux et en productions utiles. Ces travaux composent presque en entier toute la Bibliographie médicale des quinzième et seizième siècles. Notre science possède dans ces écrits des médecins espagnols et portugais, des matériaux précieux dont elle est en droit de profiter encore. C'est un recueil de littérature médicale du plus grand intérêt, et qui n'a besoin que d'être connu pour être dignement apprécié.

Tout ce que l'Occident possédait, au moyen âge, de connaissances sur le monde antique, il le devait aux Arabes. Ceux-ci remplirent, pendant leur séjour en Espagne, une mission civilisatrice. Les sociétés modernes qui commencèrent à se former alors reçurent, pour la première fois, les legs des sociétés qui n'étaient plus.

Du jour de l'expulsion des Maures, l'Espagne et le Portugal restèrent les seuls peuples en Europe dépositaires de leur science médicale. Les écrits des auteurs arabes furent étudiés avec soin, et traduits dans la langue latine. Hippocrate, Galien, si estimés des Arabes, furent aussi pour les médecins espagnols et portugais des objets de prédilection. Leurs ouvrages furent longuement commentés, et devinrent le sujet d'études suivies et de méditations profondes. Les médecins espagnols et portugais de cette époque, remarquables surtout par la hardiesse de leurs idées et l'originalité de leurs pensées, ne restèrent point simples commentateurs des auteurs anciens, ils cherchèrent à se les approprier et à les féconder, en ajoutant aux lumières qu'ils puisaient dans les textes grecs et arabes les connaissances que leur manière de sentir de leurs observations propres leur fournissaient. « A cette époque, dit Chacon, dans son *Histoire de l'Université de Salamanque*, les professeurs de cette Faculté avaient cherché à rétablir l'art médical, qui alors était presque perdu dans toute l'Europe, à l'exception de la partie occupée par les Arabes en Espagne. Les médecins, connaissant la langue arabe par les fréquentes communications avec les Maures, leurs voisins, ce fut d'eux qu'ils avaient appris une partie de la science. Et ils commencèrent à enseigner et à pratiquer la médecine *méthodique*, en la fondant sur *les principes de la philosophie* du temps. »

Ainsi, d'après l'historien dont nous venons de transcrire les propres paroles, les professeurs espagnols, ceux mêmes qui avaient le plus immédiatement puisé aux sources de la médecine arabe, et avec elle aussi, à celles de la médecine grecque, cherchèrent dès le début à concilier et mettre d'accord la pratique médicale qui leur était transmise, avec les principes de la philosophie de cette époque.

Et ici, pour bien apprécier l'importance du but vers lequel tendaient les tentatives et les efforts des médecins espagnols, il faut ne pas se laisser imposer par les craintes exagérées que nous inspirent encore les principes d'une philosophie qui est, depuis trois ou quatre siècles, l'objet de la raillerie et des sarcasmes des savants. Au fond de cette philosophie scolastique, que les médecins invoquaient alors, une vérité fondamentale se trouve comme ensevelie dans les profondeurs d'un abîme sans fond : vérité féconde qui a pu être obscurcie par le sophisme, mais qui ne saurait être anéantie, parce qu'elle est l'expression d'un fait qui subordonne à lui seul la médecine de deux siècles.

En cherchant à rapprocher la médecine des Arabes des principes de leur philosophie, les professeurs de l'Université de Salamanque se proposaient de résoudre, pour leur époque, et suivant l'esprit de leur temps, le problème difficile sur lequel reviendront toujours les médecins de tous les pays et les savants de toutes les époques. Ce problème n'était autre chose que de concilier en médecine l'art avec la science, l'empirisme avec le dogmatisme.

C'est vers la réalisation de cette alliance tant désirée entre les deux parties, sans l'accord desquelles, il faut le dire, la science médicale ne saurait exister, que nous voyons tendre, au quinzième siècle, tous les esprits, et converger tous les efforts.

C'est cette tendance systématique qui fait le caractère dominant du génie médical de cette époque, et dont les ouvrages des écrivains contemporains rendent tous un éclatant et fidèle témoignage.

On pourra ne pas approuver le principe ni le point de vue scientifique de ceux qui, par tant de titres, furent, sous un certain rapport, les véritables précurseurs de Van Helmont et de Stahl ; mais on ne fera point, aujourd'hui, table rase des hommes et des choses, au point de méconnaître les services véritables que les médecins espagnols ont rendus à la médecine, par l'application spéciale qu'ils firent à la science de l'homme sain et malade, d'un principe qui a été la source de beaucoup de systèmes qui ont joui de la faveur générale, et qui

Digitized by Google

ne sont pas encore tout à fait dédaignés par les esprits sérieux.

Nous n'avons pas l'intention de donner ici une analyse de chaque ouvrage de cette époque, et moins encore de discuter leur mérite et leur valeur respectives. Nous ferons observer néanmoins que l'accord qui doit exister entre la théorie et la pratique d'une science ne commence à être bien senti et bien apprécié que quand la science a acquis déjà un certain degré de développement. Les tentatives des médecins espagnols sont déjà, pour nous, un fait très-significatif pour pouvoir juger favorablement la médecine de leur temps. Nous ajouterons à ces données les aveux favorables de notre conviction intime, sans crainte de les voir démentir par des témoignages compétents. L'étude que nous avons faite de quelques-uns des ouvrages qui se rapportent à l'époque qui nous occupe nous a fait concevoir dans la médecine espagnole et portugaise, après l'expulsion des Arabes, l'idée la plus avantageuse. Nous croyons qu'elle mérite, et pour les services qu'elle a déjà rendus, et pour ceux qu'elle peut encore nous rendre, de trouver des hommes qui en fassent un objet spécial de leur méditation et de leur étude. Ce serait là une entreprise scientifique aussi attrayante que difficile, et que nous aimerions de voir réaliser un jour par des mains habiles. Ce travail aurait un but aussi moral que scientifique. On y trouverait les moyens de venger la médecine de cette époque des accusations dont elle a été l'objet, et dont la défaveur rejaillit encore sur la profession médicale d'une nation tout entière.

Dans les temps qui succédèrent aux triomphes de Charles-Quint et aux victoires de Philippe II, la médecine espagnole perdit peu à peu le rôle initiateur qu'elle avait conservé pendant deux siècles. Abandonnée depuis lors aux soins des travaux individuels, elle n'a trouvé, dans cette longue période qui s'est prolongée jusqu'à nous, qu'un petit nombre de sectateurs dignes et dévoués. Encore n'ont-ils été ni assez puissants pour continuer ses progrès, ni assez fidèles pour la représenter et la faire connaître.

Ce fut là une période de découragement général pour les savants espagnols. Les entraves suscitées contre eux, par les scrupules d'une politique qu'il ne m'appartient point de caractériser ici, éloignèrent des occupations sérieuses les individus les mieux disposés aux travaux de la science, et dès lors on vit tomber en décadence le brillant héritage que l'Espagne avait reçu de ses ancêtres, et que ces mêmes individus, pour la gloire médicale de ce pays, étaient dignes de perpétuer par leurs travaux consciencieux et utiles.

Le dix-neuvième siècle, si fécond ailleurs en travaux et productions de l'esprit humain, s'est montré sous le rapport médical, en Espagne et en Portugal, d'une stérilité telle que le patriotisme le plus exigeant ne saurait en disconvenir.

La presse médicale n'a produit qu'un petit nombre d'ouvrages, qui sont en général sans importance, comme sans originalité.

Une disette si considérable dans les publications en amène une pareille dans les hommes de la science. On chercherait vainement parmi les médecins de ces deux peuples, un *Brown*, un *Rasori* ou un *Broussais*.

Les plus instruits, comme les plus heureux parmi eux, loin de chercher à diriger l'opinion scientifique de leur pays, se sont contentés de la suivre. Aucun n'est parvenu à avoir une grande influence dans son pays, ni à l'exercer au dehors. La médecine du dix-neuvième siècle a manqué, en Espagne et en Portugal, et d'individualité assez forte pour se personnifier, et d'organe pour se traduire.

Manquant d'impulsion propre, la médecine s'est vue forcée de recourir aux doctrines étrangères, auxquelles elle a emprunté souvent les principes et les méthodes, les vérités et les erreurs. A ne juger que par les sources diverses auxquelles elle doit aujourd'hui son existence, on serait disposé à ne voir dans la science médicale que l'agglomération la plus informe des opinions les plus diverses et des principes les plus contradictoires. Ainsi trompés par les premières apparences, des écrivains n'ont point manqué, qui n'ont vu dans l'Espagne et le Portugal, au dix-neuvième siècle, et sous le rapport médical, qu'une arène où chaque idée, en passant, a laissé sa trace, un théâtre où chaque système a trouvé des prosélytes.

Nous serons plus vrais et moins injustes, en reconnaissant qu'il y a encore en Espagne et en Portugal des hommes qui y exercent l'art médical avec trop de savoir et de dignité, pour qu'on puisse supposer qu'ils marchent tous dans un chaos de ténèbres et de contradictions.

D'ailleurs, des corporations scientifiques médicales, des écoles et des facultés existent encore en Espagne et en Portugal, qui n'ont pas été toujours sans importance ni sans gloire. Sans avoir à invoquer ici la grande renommée dont jouissait au seizième siècle l'Université de Salamanque, rappelons seulement la réputation non moins méritée de l'Université de Coïmbre en Portugal, et de celle de Valence en Espagne, à la fin du dernier siècle.

De nos jours, les colléges de médecine et de chirurgie de Cadix, de Madrid et de Barcelonne, les écoles chirurgicales de Lisbonne et de Porto, sont, pour les deux peuples de la Péninsule, des Facultés où la médecine et la chirurgie trouvent un enseignement sagement organisé, et des professeurs dignes et dévoués.

Digitized by Google

De ces différentes écoles sortent chaque année un certain nombre de médecins distingués, de chirurgiens habiles qui, sans bruit et sans éclat, représentent néanmoins avec honneur et distinction la profession médicale de leur pays.

Quand on les a vus agir au lit du malade, quand on a été témoin des résultats heureux qui couronnent leur pratique, on apprécie la réalité de leurs connaissances, et on reconnait facilement dans leur savoir une coordination d'idées scientifiques bien déterminée.

Nous avons commencé dans une de ces écoles nos premières études médicales. Nous y avons appris la manière dont l'homme physique est étudié et compris par les physiologistes. Par ce moyen, nous nous sommes rendu compte aussi de la croyance médicale de la majorité des praticiens en Espagne et en Portugal.

C'est après avoir comparé leurs principes avec ceux qui servent de base à la médecine qui est généralement professée en France, que nous en avons déduit pour l'Espagne et le Portugal une science médicale propre, ayant ses principes et ses lois, un art avec ses préceptes et ses règles.

Cependant cette science médicale à caractère spécial, telle que nous l'avons comprise, ne se trouve nulle part formulée en corps de doctrine; ses éléments n'existent que épars et disséminés : pour les étudier, il faut les réunir et les coordonner.

Quelque incompétent que nous soyons pour remplir une pareille tâche, nous sommes forcés de l'aborder au moins sur quelques-uns de ses points les plus généraux; car c'est le seul moyen en notre pouvoir d'examiner de près la puissance d'une doctrine médicale que nous avons pris l'engagement de faire connaître.

§ II. — Atteindre l'*unité de vue* dans l'interprétation des divers phénomènes de la vie, réaliser sous l'empire d'une *idée commune* la coordination méthodique de tous les faits, c'est là le but vers lequel la science médicale tend sans cesse, et qu'elle essaie d'accomplir à chaque période de son existence, et suivant l'esprit général de son époque.

Toute doctrine médicale, qu'elle se soit formée de toutes pièces, qu'elle se soit développée, agrandie d'une manière régulière et rationnelle, ou qu'elle se soit enfin empiriquement constituée, se résume toujours en un principe général qui en fait le fond, en une théorie qui en est l'expression et en fait apprécier la valeur.

La direction imprimée aux recherches médicales sera d'autant plus profitable à la science, que le principe qui la domine traduira mieux la réalité des choses, en s'appuyant sur les conditions élémentaires de l'existence des faits. Plus on recherchera à connaître la loi de causalité des faits morbides, plus l'observation sera complète, vraie et féconde, et mieux on pourra déduire dans la science les préceptes utiles pour l'accomplissement de son but.

C'est toujours dans les systèmes physiologiques qu'ont pris naissance les différents systèmes pathologiques. C'est par une réforme physiologique que tous les novateurs en médecine ont commencé les changements de la science pathologique.

Si le but vers lequel ils tendaient n'a pas été toujours vrai ni légitime, leur marche a été toujours naturelle, et leurs procédés toujours logiques. Pour arriver à des conclusions différentes, il faut commencer par modifier et changer les principes.

La conception physiologique de l'homme, donnant naissance à la conception pathologique, ces deux parties de la science de l'individu se contenant l'une dans l'autre, comme un effet est contenu dans sa cause, la science médicale n'est et ne saurait être que la déduction légitime de ces deux idées fondamentales, la *vie*, la *maladie*. Dans la signification complète de ces deux mots se trouvent comprises toute une physiologie et toute une pathologie. L'histoire de ces deux mots contient l'histoire de la médecine toute entière.

Nous nous servirons du sens qu'ont attaché à ces deux mots les médecins espagnols et portugais pour pénétrer dans l'esprit de leurs doctrines physiologiques et pathologiques, et nous grouperons autour d'elles les différents problèmes qu'embrasse la science médicale.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE MÉDICALE.—Juillet 1840.

MÉMOIRE SUR LA PELVIMÉTRIE, *et sur un nouveau mode de mensuration pelvienne;*

Par le docteur VAN HUEVEL, professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants à l'Université libre de Bruxelles, etc.

Brochure in-8° de 40 pages, ornée de 6 planches lithogr. Bruxelles, Société Encyclographique des sciences médicales. 1840.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro, que M. Van Huevel venait de publier un mémoire sur la pelvimétrie; mais nous avons omis de dire que l'abondance des matières nous forçait à ajourner l'analyse que nous nous proposions d'en donner; ce retard fortuit nous a convenablement servis. En effet, nous ne sommes guère compétents dans la matière, et bien que nous ayions eu occasion de voir

Digitized by Google

fonctionner plusieurs fois l'instrument de M. Van Huevel en présence de médecins belges et étrangers qui ont été unanimes à le louer, bien qu'il nous ait été possible de nous convaincre avec ces confrères de l'exactitude, de la précision mathématique avec laquelle il rapporte les diverses mesures que l'on veut obtenir du bassin, notre avis n'eut jamais eu le même poids que celui exprimé dans la lettre suivante par M. le docteur Hoebeke, qui fait de la gynécologie une étude et une pratique spéciales.

Au rédacteur.

S'il y a un point d'obstétricie sur lequel les accoucheurs sont tous d'accord, c'est bien sur l'imperfection et l'insuffisance des pelvimètres. En effet tous les moyens de mensuration de la cavité pelvienne qui ont été proposés ne peuvent donner qu'approximativement et quelquefois à six ou huit lignes près seulement, les dimensions de cette cavité; le doigt lui-même n'offre pas l'exactitude nécessaire, de plus comme tous les pelvimètres employés jusqu'aujourd'hui, il n'est pas propre à faire connaître la dimension de tous les diamètres de ce canal; cependant les vices du bassin peuvent siéger sur tous les points de sa surface interne, il s'en suit donc qu'un pelvimètre qui ne s'adapte pas à toutes ses dimensions indistinctement est insuffisant.

M. le docteur Van Huevel vient de remplir cette lacune. Dans un mémoire qu'il a présenté à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles (1) il s'attache à démontrer combien tous les mensurateurs employés jusqu'aujourd'hui pour connaître l'étendue des dimensions de la cavité pelvienne pèchent sous le rapport de l'exactitude, et il propose un nouvel instrument au moyen duquel on peut mesurer avec la plus grande précision et de la manière la plus rigoureuse non-seulement le diamètre antéro-postérieur mais encore tous les autres diamètres; cet instrument indique aussi en même temps le degré d'inclinaison de cette cavité; le double problème que M. Van Huevel vient de résoudre est un service incontestable rendu à la science. Je dois dire que la lecture de son mémoire et l'examen des planches qui y sont jointes m'avaient bien fait reconnaître la justesse du principe d'après lequel il a construit son instrument, et la possibilité de s'en servir pour tous les diamètres, mais il m'avait paru très-compliqué et d'une application difficile, au moins sur la femme vivante. Aujourd'hui que je l'ai vu fonctionner, je suis revenu de mon erreur et je m'empresse de reconnaître que non-seulement son application n'offre aucune difficulté, mais encore qu'au moyen du pelvimètre géométrique de M. Van Huevel on peut en quelques minutes prendre la mesure exacte de tous les points du bassin, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Cet instrument se compose 1° d'une ceinture en cuir avec un ressort à l'intérieur; cinq trous taraudés dans ce ressort sont portés derrière l'extrémité de chaque diamètre.

2° D'une lame verticale qui offre en haut une vis et deux points qui entrent dans les trous taraudés de la ceinture; en bas une tige horizontale bien arrondie, autour de laquelle glisse un collier qui présente une saillie latérale terminée en cône et reçue dans une capsule mobile de la pièce suivante.

3° Une tige caudale fenêtrée, terminée inférieurement par une boule articulaire, munie à sa surface d'une capsule creusée en cône supérieurement pour recevoir la saillie du collier indiqué précédemment.

4° D'une vis de pression servant à arrêter quatre doubles mouvements, savoir : d'élévation et d'abaissement de la tige caudale sur le talon de la capsule, de rotation en avant et en arrière de celle-ci sur la saillie du collier, de circumduction de ce dernier en deux sens opposés autour du cylindre de la tige horizontale, d'avance et de recul des mêmes pièces les unes sur les autres.

5° D'une boîte arquée de même que le cercle suivant qu'elle reçoit dans sa cavité, surmonté en haut et en avant d'une tige sur laquelle sont retenues deux valves à vis de pression pour fermer la grenouillère avec la boule inférieure de la caudale.

6° D'un arc de cercle vertical tracé sur un rayon de neuf pouces, portant en avant un petit arc divisé jusqu'à 30°. Sur cet arc marche un curseur tournant inférieurement autour d'un large canon, et muni en haut d'une petite fourche pour recevoir la tige suivante.

7° D'une tige vaginale en acier poli graduée, dont l'extrémité supérieure est aplatie et recourbée en deux sens différents, l'extrémité inférieure est également aplatie et un peu concave, une vis et un mince ressort fixent à la surface de la tige une virole mobile.

8° Un rapporteur ou fausse équerre en cuivre de

(1) *Archives de la médecine belge*, 1840.

Digitized by Google

dix pouces de long avec arc de cercle et alidade mobiles.

Quand de cet équerre on enlève l'alidade avec son coulant, il reste un grand compas ordinaire propre à mesurer les diamètres du détroit inférieur; l'arc de cercle s'enlève au besoin et se met à la place de la moitié du côté gauche de l'équerre; alors en abaissant l'autre côté jusqu'à angle droit et en redressant l'alidade sur son talon on a un instrument analogue au mécomètre de Chaussier.

Cet instrument que la description m'avait fait regarder comme extrêmement compliqué, une fois monté est cependant très-simple et comme je l'ai dit plus haut d'une application facile. Il semblerait au premier abord impossible d'y apporter des améliorations ; mais M. Van Huevel voulant le rendre aussi parfait que possible, vient, par la suppression des vis et de la tige caudale, qu'il a remplacées par une pince en forme de croque-noix, et qui par son resserrement fixe l'arc de cercle à la ceinture par une seule pression de la main, vient, dis-je, de simplifier encore son pelvimètre, et de rendre son application plus facile, et ses résultats d'une plus grande exactitude mathématique, ce qui m'a été démontré par l'application que ce praticien a bien voulu faire en ma présence, de son pelvimètre sur plusieurs bassins.

Agréez, etc., D^r. Hobbeke.

DIE KRANKHEITEN DES HÖHERN ALTERS UND IHRE HEILUNG (Les Maladies de la vieillesse et leur traitement);

Par M. le docteur C. Canstatt, médecin de district en Bavière, etc., etc. Deux volumes in-8° de 693 pages. Erlangen 1839.

La *littérature ancienne*, comme dit l'auteur, possède un grand nombre d'ouvrages sur les maladies de la vieillesse, mais les auteurs, qui s'en sont occupés, les ont toujours considérées d'une manière générale et dans aucun ouvrage on ne s'est appliqué à traiter spécialement de la pathologie des vieillards.

Dans les temps modernes on n'a pas traité cette matière avec plus d'ardeur. A l'exception de quelques traités populaires, sur la *Macrobiotique*, on ne trouve, que dans les ouvrages de pathologie générale ou dans les monographies, les matériaux dispersés de la connaissance parfaite des maladies de la vieillesse. Cette lacune, qui réellement existait et se faisait assez souvent sentir, l'auteur vient de la remplir en nous livrant son traité des maladies de l'involution. On appelle involution l'opposé de l'évolution ; c'est-à-dire comme évolution veut dire le développement de l'homme, involution en signifie le mouvement rétrograde, le décroissement ; il expose ensuite leur traitement. La première partie de l'ouvrage, qui traite des généralités nous paraît surtout intéressante.

Après nous avoir donné dans son introduction une bibliographie complète de son sujet, l'auteur traite dans son premier chapitre la question : « qu'est-ce que la vieillesse et ses maladies » et il y répond sans égard aux nombres (dans le sens d'Hippocrate l'involution du système sexuel commence après sept fois sept ans, et la vieillesse après sept fois dix ans chez la femme, et d'autres auteurs comme Rivière, Fischer, etc., réglaient cette période d'après l'âge) que la vieillesse commence toujours là où se montrent les signes de l'involution et que ses maladies sont justement celles qui résultent de l'involution même, sans que pour cela toutes les maladies des vieillards puissent être nommées *maladies d'involution*. Dans le deuxième chapitre il traite de l'anatomie et de la physiologie de la vieillesse et poursuit dans toutes les fonctions et tous les tissus les changements qu'elle y produit. Le troisième chapitre explique les relations entre la période critique et la vieillesse ; le quatrième et le cinquième parlent de l'étiologie, de l'hygiène et du traitement des maladies et le sixième donne une comparaison entre les maladies des vieillards et celles des enfants. La première division de la partie spéciale représente les rapports entre les différentes classes de maladies et constitue de cette manière en dix chapitres un tableau systématique des maladies de cet âge. La deuxième division de la partie spéciale (dans le second volume) décrit d'une manière plus détaillée les maladies de la période de l'involution, d'après les régions anatomiques. Ainsi après avoir traité des maladies de la tête, il traite de celles de la poitrine, des organes de la digestion, du système uro-génital et de celles des parties extérieures.

L'ouvrage, comme nous l'avons dit, sera d'autant mieux reçu que le besoin d'un traité spécial sur ce sujet se fait plus vivement sentir. Nous aurions cependant aimé voir traiter plus amplement et plus profondément la partie thérapeutique et surtout le cinquième chapitre du premier volume. Espérons qu'une seconde édition en fera justice.

Doct. Pincoffs.

Digitized by Google

— Une Société de médecine vient de s'organiser à Malines. Une autre, formée de la réunion des médecins et chirurgiens du canton de Willebroek a été fondée, dit-on, dans le bourg de ce nom.

— Le *Mémoire* de M. Cunier, *Sur la Myotomie appliquée au traitement du strabisme*, est en vente à la Société Encyclographique des sciences médicales. Il forme une brochure in-8° de 100 pages, avec figures intercalées dans le texte, et 1 planche lithographiée.

— M. Verheyen, inspecteur du service de santé vétérinaire de l'armée, vient d'être nommé professeur à l'école vétérinaire de Bruxelles. On ne saurait assez applaudir à ce choix que vient de faire M. le ministre des travaux publics d'un homme de talent et surtout de pratique.

---

by Google

TABLE

ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

Digitized by Google

FIN DE LA TABLE.

d by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Digitized by Google

L'ABEILLE ET L'OBSERVATEUR MÉDICAL

RÉUNIS.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR J.-E. LEQUIME,

DOCTEUR EN MÉDECINE, MÉDECIN DES HOSPICES DE PACHÉCO, DES URSULINES ET DE STE.-GERTRUDE, SECRÉTAIRE DE LA COMMISSION MÉDICALE DE LA VILLE DE BRUXELLES, MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES, ETC.

TOME QUATRIÈME.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1840.

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

De certaines altérations du cœur, considérées comme causes de quelques affections, et surtout du ramollissement du cerveau; par le docteur Robert Law, médecin de l'hôpital de sir Patrick Dun.

Tous les organes du corps sont tellement liés entre eux pendant la vie que rarement un d'entre eux souffre sans que les autres soient plus ou moins dérangés, et le degré de trouble qui en résulte sur toute l'économie est en rapport direct avec l'importance de chaque organe et l'étendue de ses relations sympathiques. Si nous appliquons ces considérations au cœur, l'organe central de la circulation, et si nous réfléchissons sur les fonctions qu'il est chargé de remplir, soit comme le réservoir qui contient pour tous les organes le liquide sans lequel il n'y a pas de vie pour eux, soit comme l'appareil mécanique destiné à le distribuer à chacun d'eux, on appréciera facilement combien l'intégrité de cet important organe est essentielle pour que toute l'économie fonctionne d'une manière régulière.

Comme l'objet de la circulation n'est pas seulement de porter aux différents organes les matériaux de la nutrition, des sécrétions, des exhalations, etc., et qu'elle doit en outre y entretenir un état habituel d'excitation, par le choc que leur communique le sang lorsqu'il arrive dans leur intérieur, et qui paraît dû surtout à l'action du cœur, l'interruption de l'arrivée du sang dans un organe n'arrête pas seulement sa nutrition et ses sécrétions, mais le prive aussi de cette impulsion qui est indispensable pour l'exercice complet de sa fonction physiologique.

L'exercice régulier de tous les organes exige que chacun d'eux reçoive une quantité égale et régulière de sang, et comme c'est le cœur qui est chargé de cette distribution, quand il est malade, on doit s'attendre aux fâcheux résultats de l'interruption de la circulation, qui en est l'effet presque nécessaire, quand surtout son altération s'oppose à ce qu'il remplisse sa double fonction comme réservoir et agent mécanique. Les effets funestes de cette maladie se présentent sous un double point de vue, quelques organes recevant plus de sang, tandis que d'autres en reçoivent moins que leur quantité normale ; l'excès et la diminution étant également nuisibles aux différents organes qui les éprouvent, bien qu'avec des effets différents.

Les pathologistes ont jusqu'ici presque entièrement borné leur attention à l'excès de la quantité normale du sang, ou à la congestion que déterminent dans les organes les maladies du cœur, et ils n'ont pas parlé de la diminution que doivent éprouver les autres organes, et qui doit nécessairement nuire à leur nutrition et à leurs fonctions. Ainsi dans les altérations de la valvule mitrale, qui déterminent un rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire, on s'est exclusivement occupé de la congestion des poumons, du foie, etc., et on n'a fait aucune attention aux résultats fâcheux qu'a produits sur les autres organes la diminution de la quantité de sang qu'ils recevaient, diminution qu'on reconnaît pendant la vie par la petitesse du pouls, dont même quelques battements manquent souvent tout à fait, ce qui indique le mouvement rétrograde de presque tout le sang des ventricules dans l'oreillette, à travers l'appareil valvulaire imparfait, et qui se traduit, après la mort, par la petitesse de l'aorte, laquelle ne dépasse pas la grosseur de la carotide commune. C'est sur les effets que cette diminution de la quantité du sang produit sur le cerveau que j'appellerai ici l'attention, point de pathologie qui a été jusqu'ici presque, pour ne pas dire complétement, négligé.

L'influence des altérations du cœur sur la production des maladies du cerveau fut signalée d'abord par Legallois, mais sous un point de vue seulement, dans une communication à la Société de l'école de médecine de Paris, ensuite par Richerand, qui rapporte un cas de ce genre, et dont l'illustre Cabanis était le sujet, puis surtout par M. Bricheteau, qui établit, dans le *Journal complémentaire des scien-*

Digitized by Google

ces médicales, que l'hypertrophie du cœur produit trois degrés différents d'altération de la substance cérébrale, savoir : la congestion, l'épanchement sanguin, le ramollissement avec désorganisation du cerveau. Sans nier d'une manière absolue cet effet de l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, nous pensons qu'il a été exagéré ici et que, dans un grand nombre de cas de ce genre, on doit attribuer aussi une grande influence sur la production des accidents à l'altération spéciale que l'âge amène dans les artères, et qui est plus fréquente dans celles du cerveau que dans celles d'aucune autre partie du corps ; ensuite il faut, comme l'a fait remarquer M. Lallemand, que l'obstacle à la circulation, qui ordinairement est la cause de cette hypertrophie, soit situé plus loin du cœur que l'origine des vaisseaux chargés de transporter ce sang au cerveau. Or, comme, dans le plus grand nombre des cas d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, il y a un obstacle à l'origine même de l'aorte, produit par l'altération des valvules sigmoïdes, la surexcitation du cœur, qui suffit pour amener l'hypertrophie, s'épuise sur l'obstacle et ne se propage pas au delà, comme le prouve l'examen du pouls, qui n'est caractérisé ni par la force ni par la dureté ; ce qui suffit pour expliquer pourquoi l'apoplexie cérébrale est beaucoup moins fréquente que l'hypertrophie. L'obstacle, dans ce cas, sert de protection aux parties situées derrière lui, en supportant le plus grand effort du sang. Mais, avec ces deux conditions, l'hypertrophie et l'obstacle, il y a pourtant encore une affection du cœur qui est tout à fait indépendante de l'hypertrophie, et qui n'est produite que par l'obstacle à l'arrivée du sang à la tête. C'est sur cette maladie, qui avait été entièrement négligée ou confondue avec d'autres, que je veux ici appeler l'attention. C'est un ramollissement du cerveau, qui, loin d'être produit par un afflux actif ou mécanique du sang à l'encéphale, est au contraire l'effet d'une diminution de la quantité de ce fluide, nécessaire au cerveau. Le sujet du premier cas qui appela mon attention sur cette complication et m'éclaira sur sa nature fut une femme, âgée de 17 ans, atteinte de maladie du cœur et d'hémiplégie du côté gauche, avec perte de la parole, qui fut reçue à l'hôpital Richemond en 1834. Les battements du cœur étaient forts et tumultueux, et accompagnés d'un bruit de râpe ; le pouls était très-petit et irrégulier. Sa mère rapporta que, depuis deux ans, elle éprouvait de pénibles palpitations du cœur avec forte dyspnée, et que la paralysie ne s'était développée qu'à une époque bien moins éloignée et très-graduellement. Elle mourut quatre jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on découvrit les altérations suivantes : le cerveau offrait à peine quelques traces de sang et se trouvait dans un état d'anémie complète. Au moment où on pratiqua une incision sur la partie supérieure et postérieure de l'hémisphère gauche, il s'en écoula une certaine quantité d'un liquide jaune verdâtre, de la consistance de la crème, ce qui produisit un affaissement sur ce point de la surface du cerveau ; le ventricule gauche offrait une hypertrophie considérable. La valvule mitrale, étant à l'état d'induration dans toute son étendue, et ayant sur son bord libre des végétations très-dures, n'avait pu évidemment remplir ses fonctions. L'aorte, ainsi que ses premières branches, était plus étroite qu'à l'état normal. Les poumons étaient le siége d'une forte congestion, et contenaient plusieurs noyaux d'apoplexie pulmonaire. Les conditions dans lesquelles ce cas s'était développé me firent penser, me prouvèrent presque, que le ramollissement du cerveau, produit par une maladie de cœur, n'est pas l'effet invariable de l'impulsion violente du sang sur cet organe, et qu'au contraire il survient quelquefois dans des circonstances tout à fait opposées. L'état anémique du cerveau et la petitesse de l'aorte et de ses branches d'un côté, et de l'autre la congestion des poumons et les noyaux apoplectiques viennent à l'appui de cette assertion, car il est évident que plus la quantité de sang qui allait au cerveau était diminuée, plus celle qui se portait aux poumons devait, au contraire, être augmentée. La petitesse du calibre de l'aorte et de ses branches, qui, suivant une des lois fondamentales de la physiologie, s'étaient mises en rapport avec la quantité diminuée du sang qu'elles devaient transporter, était une preuve que cette altération remontait à une époque déjà éloignée. Ce cas nous offrait la condition opposée à ce qu'on observe dans l'apoplexie cérébrale. Les altérations anatomiques du cerveau et des poumons étaient changées, l'impulsion du ventricule hypertrophié ayant réagi en arrière sur les poumons, et non directement sur le cerveau, comme cela a lieu nécessairement lorsqu'il n'y a pas d'obstacle entre le cœur et l'encéphale.

Obs. II. — Metcalf, cordonnier, âgé de 34 ans, paralysé du bras et de la jambe droite, s'exprime si difficilement qu'il a beaucoup de peine à se faire comprendre. Il indique son front comme le siége de la douleur. Les battements du cœur sont accompagnés d'une forte impulsion et d'un bruit de soufflet dans la région cardiaque supérieure interne. Il y avait une disproportion marquée entre la force du pouls et les battements du cœur. La calorification était très-faible, surtout dans la main paralysée, qui était froide, livide et congestionnée. Nous ne pûmes obtenir aucun renseignement sur la durée de la maladie, ni sur les antécédents, ni sur l'ordre dans lequel avaient apparu la maladie du cœur et la paralysie, tant il avait de difficulté à prononcer.

Digitized by Google

Je diagnostiquai un ramollissement du cerveau, consécutif à une maladie du cœur, que je crus pouvoir rapporter, d'après le point où l'on trouvait le bruit de soufflet et la forte impulsion, à une altération des valvules de l'aorte. Je regardai la complication cérébrale comme le point le plus important de cette maladie, et ce fut de ce côté que je dirigeai spécialement mon attention. Je lui prescrivis le mercure à doses minimes; 54 milligrammes de calomel en douze pilules, avec l'extrait de gentiane, et dont une devait être prise chaque heure. Au bout de quatre jours, la salivation était déjà complétement rétablie; ensuite je lui prescrivis la poudre de James à petites doses, et de temps en temps je lui faisais appliquer quelques sangsues derrière les oreilles, quand il se plaignait de la tête. Assez fréquemment aussi il prenait des lotions froides sur la tête et des bains de pied sinapisés. Ce traitement fut commencé dans le courant du mois de mai, et, dans les premiers jours d'août, le malade avait recouvré l'usage presque complet de ses membres paralysés; il lui restait encore un peu de difficulté à parler et il souffrait peu du cœur. Il nous quitta pour reprendre ses travaux.

Pendant que Metcalf était encore à l'hôpital, nous y recueillîmes le fait suivant qui offre un grand intérêt.

Obs. III.—Dowley, âgé de 40 ans, porteur de blés, se plaint, à l'époque de son admission, d'une dyspnée tellement forte qu'elle l'oblige de se tenir assis pendant toute la nuit. La percussion fournit un bruit mat, bien au delà des limites normales de la région cardiaque, surtout en dedans. On entend un bruit de soufflet double dans la région cardiaque interne supérieure ou dans le point qui correspond avec les valvules aortiques, et qui semble se continuer dans les grosses artères que fournit l'aorte. En appliquant le stéthoscope, en dehors et un peu au-dessous du mamelon gauche, on distingue un seul bruit de soufflet plus obscur et qui accompagne le premier bruit du cœur. Les battements du cœur se font avec une forte impulsion; le pouls était plus vibrant et visible au poignet; la figure offrait une teinte pâle, ou plutôt d'un jaune verdâtre; les lèvres étaient très-pâles : il n'y avait pas d'infiltration. Le malade rapportait son indisposition à son état qui l'exposait à de fréquentes alternatives de chaud et de froid. Je portai le diagnostic suivant : maladie de cœur consistant en une imperfection des valvules aortiques, avec hypertrophie consécutive du ventricule gauche et probablement altération de la valvule mitrale; je prescrivis de petites doses de teinture de muriate de fer avec quelques gouttes de teinture de digitale, et de temps en temps un petit nombre de sangsues sur la région du cœur. Il était dans un état si grave lorsqu'il entra à l'hôpital que cette prescription avait seulement pour but de diminuer l'anxiété et les souffrances les plus vives dont j'aie jamais été témoin. Dans ce cas, comme dans tous les autres analogues, le malade rapportait le siége principal de ses douleurs à l'épigastre. Les sangsues qui lui furent appliquées n'amenèrent presqu'aucun soulagement si toutefois elles en amenèrent. Le malade mourut au bout de quinze jours environ.

Autopsie. Développement énorme du cœur, au moment où il vient d'être mis à découvert, et tandis qu'il est encore en place il paraît avoir au moins le double de son volume normal; ce qui dépend en partie des gros caillots qui le distendent et en partie des effets de l'hypertrophie du ventricule gauche dont les parois ont 27 millim. d'épaisseur et dont la cavité est très-dilatée; le ventricule droit est dilaté et ses parois ont conservé leur épaisseur normale. Les valvules de l'aorte sont recouvertes, spécialement sur leur bord libre, de végétations fermes et pédiculées. Une colonne d'eau versée par l'aorte passe à travers les valvules dans le ventricule. La valvule mitrale offre des végétations analogues, mais moins nombreuses à sa surface ventriculaire et sur son bord libre. Les poumons sont œdémateux et le siége d'une forte congestion.

Après avoir ouvert la tête et enlevé le cerveau, on remarque à la surface inférieure du lobe antérieur de l'hémisphère gauche un point de la grosseur d'une forte noisette où le tissu est ramolli, verdâtre, avec destruction de la surface des circonvolutions, mais qui ne pénètre pas profondément.

Cette altération nous étonna, car rien ne l'avait annoncée; il n'y avait point eu de paralysie, et le malade ne s'était pas plaint d'être plus faible d'un côté que de l'autre. Cette observation présente un bon exemple de la maladie que le docteur Corrigan a le premier décrite d'une manière exacte et qui consiste en une lésion des valvules aortiques qui les empêche de fermer hermétiquement l'entrée de l'artère et conséquemment permet la régurgitation du sang dans le ventricule; ses signes sont : un bruit de soufflet double, une impulsion prononcée, un pouls vibrant d'une manière particulière, la pulsation des grosses artères visibles et presque toujours une coloration pâle et terreuse de la peau.

Il est facile de concevoir comment dans ce cas le ramollissement du cerveau peut être causé par un défaut de nutrition, car l'insuffisance des valvules contribue de deux manières différentes à diminuer la quantité du sang que reçoit le cerveau; d'abord parce que les valvules altérées restent adhérentes aux parois de l'aorte dont elles rétrécissent le calibre et nécessairement diminuent la grosseur du jet de sang que lance le ventricule, et ensuite par la régurgitation du sang dans le ventricule par l'insuffisance des valvules. Nous apporterons à l'appui de notre manière

Digitized by Google

de voir l'analogie parfaite qui existe entre les signes et les symptômes de cette lésion et ceux de l'état qui succède aux hémorrhagies abondantes ; nous avons le même bruit de soufflet du cœur et des grosses artères dans les deux cas, la même vibration dans le pouls, les mêmes pulsations visibles des artères, la même coloration pâle et terreuse, les mêmes vertiges et les mêmes étourdissements; l'analogie sera absolue si le mode de traitement que réclame cette maladie de cœur est le même que celui qui convient à la suite des hémorrhagies.

Le docteur Corrigan rapporte aussi, pour démontrer les effets nuisibles du traitement débilitant dans cette maladie, le premier fait qui l'éclaira sur ce point important. Le malade avait suivi le traitement qu'à cette époque on opposait à toutes les affections du cœur ; les saignées répétées, un régime sévère, la digitale, le repos, etc., et son état s'était notablement aggravé. Quelques circonstances l'ayant forcé d'aller à la campagne, il ne put plus recevoir les mêmes conseils et changea toute sa manière de vivre, laissant de côté toute espèce de médicament et améliora son régime, prit de l'exercice, et au bout de peu de temps sa santé était tellement améliorée qu'il put se charger de la direction d'un dispensaire dont il remplit les fonctions fatigantes et pénibles pendant cinq années; à la fin il mourut de sa maladie de cœur ; et le docteur Corrigan eut l'occasion de montrer à la société pathologique cet organe qui est en effet un exemple des plus remarquable des végétations des valvules de l'aorte qui avaient nui aux fonctions de ces valvules. Les résultats de ce cas suggérèrent au docteur Corrigan un mode de traitement tout différent de celui qui jusqu'alors avait été employé, changement qui lui parut même devoir ressortir d'une juste appréciation de la nature de l'altération; regardant l'hypertrophie du ventricule gauche qui existe constamment dans les cas d'altération des valvules comme une sage prévoyance de la nature pour soutenir le sang qui retombe dans ce ventricule, il pensa que tout traitement débilitant devait empêcher cette salutaire influence et adopta dans les cas qu'il a traités depuis une tonique fortifiante.

J'ai adopté la même méthode, mais j'avoue que j'ai eu pour l'adopter d'autres motifs que ceux qui se sont présentés au docteur Corrigan; car, comme je l'ai déjà dit, l'altération des valvules s'oppose de deux manières à ce que l'économie reçoive la quantité de sang dont elle a besoin, par la diminution de la quantité qui passe du ventricule dans l'artère et par le retour dans le ventricule d'une grande partie de cette quantité déjà diminuée.

Si nous remarquons que les symptômes constitutionnels de quelques autres maladies, comme de la chlorose dont le caractère essentiel consiste dans une élaboration imparfaite du sang et dans une diminution de sa consistance normale, sont les mêmes que ceux de l'altération dont nous parlons, nous aurons un nouveau motif de reconnaître que l'emploi du même traitement dans toutes ces maladies repose sur leur connexion intime, si non sur leur identité, et que leurs rapports entre elles reposent d'un côté sur l'absence de la quantité de sang nécessaire et dans les cas d'hématose imparfaite sur l'altération de ses propriétés.

Suite de la deuxième observation.

Metcalf, après être resté un an hors de l'hôpital, y rentra, le 9 juillet 1839, avec une aggravation notable de tous les symptômes; sa prononciation était si difficile que nous ne pûmes obtenir aucun renseignement de lui; les signes de l'affection du cœur avaient éprouvé un changement bien marqué. Le bruit de soufflet qui auparavant était en haut et en dedans s'étendait alors très-fortement en bas et dehors du mamelon. Dans toute la poitrine, il était assez fort pour masquer presque entièrement la respiration, et s'entendait beaucoup plus fort en arrière et à droite qu'à gauche; le pouls était petit pendant que l'action du cœur était énergique et accompagnée d'une forte impulsion; la région précordiale rendait un son sourd et mat.

Il était à peine depuis quelques jours à l'hôpital quand il fut pris d'une douleur rhumatismale dans le pouce droit et qui fut très-vive avec douleur et gonflement; la respiration était très-embarrassée ; le côté qui avait été paralysé restait encore faible ; le pied droit avait le premier offert du gonflement et ensuite le pied gauche.

Le 5 septembre, il y avait un œdème considérable du pied et des jambes; la face était pâle; le pouls 96, très petit, mais régulier. Le malade ne pouvait se coucher pendant la nuit. On entendait en arrière du râle dans les deux poumons ; l'intelligence était intègre, mais il ne pouvait se faire comprendre. Il expira le lendemain après avoir craché un peu de sang.

Autopsie. Le cerveau plus petit qu'il n'eût dû être ne remplissait pas exactement le crâne; l'arachnoïde était d'un blanc gris et épaissie; épanchement gélatineux à la surface du cerveau. L'hémisphère gauche offre, entre ses extrémités postérieure et antérieure et de niveau avec le corps calleux, un point où la substance est changée en une matière blanche molle et dans une étendue de 54 millim., de long sur 27 de profondeur. La partie antérieure du corps calleux est également verte et d'une consistance analogue à celle de la crème. L'hémisphère droit présente près de son extrémité postérieure une altération analogue. Toute la substance blanche avait une nuance verdâtre.

Digitized by Google

Le cœur, d'un volume énorme, semblait repousser les deux poumons; le péricarde contenait 250 grammes de sérosité jaunâtre; l'oreillette droite énormément distendue par un sang noir et granuleux. La cavité du ventricule droit est très-dilatée et ses parois sont très-minces, tandis que celles du ventricule gauche sont très-épaissies. La cavité de cette dernière est aussi très-grande. La cloison interventriculaire ayant près de 9 millim., d'épaisseur et la colonne charnue du ventricule gauche était très-épaissie.

Les valvules du côté droit n'offraient aucune altération; on eût dit qu'il n'y avait que deux valvules aortiques, parce qu'il y en avait deux qui réunies n'en faisaient réellement qu'une seule; le bord libre de chacune de ces valvules était garni de végétations dures, pédiculeuses, de volume et de grosseur variés : les unes réunies, les autres isolées, et parmi ces dernières il y en avait une longue de 18 millim. pendant dans le ventricule. La valvule mitrale était aussi très-épaissie et présentait à son bord libre de petites végétations; les deux faces étaient couvertes de petites granulations qui donnaient une apparence rude et scabreuse. La membrane de l'oreillette était couverte des mêmes granulations; les cordes tendineuses offraient un épaississement notable; l'orifice auriculo-ventriculaire n'était pas contracté; le cœur vide de sang pesait 687 grammes; le poumon droit, d'un rouge foncé, était si congestionné et si dense qu'il tombait au fond de l'eau. L'abdomen contenait un peu de sérosité avec quelques flocons albumineux.

J'avais annoncé un an et demi avant la mort du sujet de ce cas l'altération cérébrale qu'il offrirait, et dans l'intervalle qui s'est écoulé entre l'époque où j'avais porté ce diagnostic et celle où je pus le vérifier j'avais observé le cas de Dowley qui offrit les mêmes lésions du côté du cœur et de l'encéphale, ce qui avait dû me confirmer dans mon diagnostic. Si la lésion cérébrale trouvée chez Dowley n'avait été annoncée pendant sa vie par aucun symptôme, il est bon de se rappeler qu'elle était beaucoup moins considérable que chez Metcalf. L'altération du cœur était de la même nature chez tous les deux et de même que chez le sujet de la première observation. L'état exsangue du cerveau, la petitesse de l'aorte et de ses branches d'un côté et de l'autre, la congestion des poumons et le retour du sang par les valvules aortique et mitrale, indiquent et expliquent à la fois l'absence du sang dont a souffert le cerveau dans tous ces cas.

Obs. IV.—Murray, âgée de 20 ans, non mariée, entre à l'hôpital le 6 avril 1828, avec les symptômes de la fièvre : pouls 108, peau sèche et chaude, langue chargée, soif, pulsations du cœur énergiques, douleur dans les reins et à la tête; constipation.

Le lendemain, elle était plus mal, dans un état léthargique; les évacuations étaient involontaires; le cœur battait avec une énergique impulsion et un fort bruit de soufflet; le pouls était mat et compressible; la langue humide; il n'y avait pas de céphalalgie. La malade murmurait pendant la nuit, et était très-oppressée. L'application d'un vésicatoire à la nuque la tira de sa stupeur; mais l'état opposé des battements du cœur et du pouls commença à m'embarrasser et je pensai que la maladie de cette femme que j'avais jusqu'alors considérée comme une fièvre pourrait bien dépendre d'une affection antérieure du cœur, et nous prescrivîmes des fomentations avec la térébenthine sur les jambes, la poudre de James et 64 grammes de vin par jour, et sous l'influence de ce traitement continué pendant trois jours, il y eut une amélioration manifeste; les battements du cœur n'augmentaient pas de force et le pouls perdait de sa fréquence.

Le 14, on commence à donner le thé de bœuf et à diminuer la quantité de vin, que l'on remplace même par le porter le 18. L'opposition entre les battements du cœur et le pouls persistait pendant les différentes périodes de la maladie; j'en conclus que cette malade avait une affection du cœur qu'elle admet elle-même, en faisant remonter l'origine à une époque déjà un peu éloignée. Le bruit de soufflet que l'on entendait au niveau du mamelon gauche et la petitesse du pouls me firent supposer que la valvule mitrale était le siége de l'altération. La malade fut regardée comme convalescente.

Le 21, je remarquai, sans qu'elle se fût plainte, une faiblesse équivalant presque à la paralysie du bras et de la main droite, et qu'elle attribue à ce que, dit-elle, elle avait eu le bras sous elle pendant la nuit; en même temps sa parole devenait épaisse et moins distincte; la langue, lorsqu'elle l'avançait, était tournée à gauche; elle éprouvait un peu de difficulté à avaler et de la faiblesse dans la jambe gauche. Les symptômes fébriles avaient entièrement disparu, et elle avait cessé toute espèce de traitement depuis plusieurs jours, quand ces accidents paralytiques se montrèrent. Dès lors, nous crûmes pouvoir lui donner un régime fortifiant. Il n'y avait ni injection de la face, ni douleur, ni chaleur à la tête; le pouls avait perdu sa fréquence, bien que les battements du cœur persistassent très-énergiques, et accompagnés du bruit de soufflet. La main du côté affecté était bleue et livide, et d'une température inférieure à celle du côté opposé; l'économie était dans un état général de langueur; l'extrait de noix vomique, la poudre de James, l'infusion d'arnica, et des vésicatoires appliqués à la nuque ne procurèrent aucune amélioration; l'esprit de la malade semblait s'affaiblir, et sa physionomie prit le caractère de celle d'une idiote. Sa mère la reprit chez elle, où elle de-

Digitized by Google

vint en peu de temps tout à fait imbécile. Au bout de quelque temps, le feu ayant pris à ses vêtements, elle fut fortement brûlée sur plusieurs parties du corps; après six semaines, et bien qu'elle eût été dans un très-grave danger, non-seulement elle était guérie des effets de sa brûlure, mais sa santé générale s'était beaucoup améliorée. Je la vis le 1er novembre 1839, et je fus extrêmement surpris de l'amélioration qui était survenue dans son état; sa physionomie offrait des signes d'intelligence, au lieu de cette nullité d'expression qu'elle avait avant. Sa santé générale et ses forces avaient fait de grands progrès. Le côté gauche persistait faible, et la main gauche restait plus froide que la droite. Le cœur battait toujours fortement et avec le même bruit de soufflet, tandis que le pouls restait petit et faible; une douleur pénible qu'éprouvait la malade dans le côté gauche de la tête depuis qu'elle avait quitté l'hôpital, et des syncopes, auxquelles elle était sujette depuis ce même temps, avaient complétement disparu aussi.

Je ne doute pas que cette malade ne soit atteinte d'une lésion de la valvule mitrale, en raison surtout du défaut de rapports entre les battements du cœur et le pouls, et du point où se fait entendre le bruit de soufflet. La petitesse du pouls est pour moi le signe de la petite quantité de sang que verse le ventricule gauche dans la circulation générale, et de l'absence de sang qu'éprouvent toutes les parties qui le reçoivent de cette source et entretiennent le cerveau. Nous analyserons rapidement le fait suivant, qui diffère peu de celui que nous venons de rapporter.

Obs. VI.—Le sujet est une femme âgée de 23 ans, qui offrait à la fois une altération du cœur indiquée par un bruit de soufflet constant dans la région de la valvule mitrale, par un pouls tout à fait disproportionné avec la force des battements du cœur et une affection cérébrale indiquée par l'hémiplégie. Sa prononciation était tellement altérée qu'elle ne pouvait se faire comprendre. Ses amis nous apprirent que depuis longtemps elle avait beaucoup souffert de palpitations, mais que l'hémiplégie était comparativement d'une date récente. Elle resta pendant longtemps à l'hôpital et en sortit avec une grande amélioration. Nous lui donnâmes le mercure à doses minimes jusqu'à ce que les gencives fussent devenues sensibles (avec 163 milligrammes de calomel); elle prit la poudre de James à petites doses, avec l'extrait de noix vomique, et eut de temps en temps des sangsues appliquées derrière les oreilles. A plusieurs reprises, elle put se faire entendre, et, en général, nous avons trouvé, dans ces cas, que la prononciation était un excellent moyen de juger de l'état des malades; car elle était toujours plus facile et plus distincte quand l'amélioration était prononcée.

Je regrette de n'avoir pu obtenir sur les symptômes observés pendant la vie du sujet de l'observation suivante, plus de documents; mais l'autopsie me paraît assez importante pour trouver place ici.

Obs. VIII. — Le comte de K... meurt après une maladie assez longue, dont les traits les plus remarquables furent, d'après le docteur Twiedie, un ralentissement extraordinaire du pouls, qui ne battait pas plus de 23 fois par minute, et une disposition à de fréquentes syncopes.

Autopsie. Les os du crâne sont très-durs et très-épais. L'arachnoïde est épaissie et opaque sur toute la convexité des hémisphères. Infiltration séreuse considérable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Plusieurs circonvolutions cérébrales ont perdu la moitié de leur volume; les deux ventricules latéraux sont dilatés et remplis par un fluide limpide. Les deux substances de l'hémisphère gauche sont si ramollies qu'elles présentent une consistance analogue à celle de la crème sur le tiers postérieur de cet hémisphère. Les principales artères de la base du crâne présentent entre leurs tuniques des dépôts d'un jaune opaque. Quand le cerveau a été enlevé, il reste à la base du crâne une grande quantité de liquide.

Le péricarde est adhérent au ventricule gauche dans une petite étendue. La valvule mitrale contient une petite plaque osseuse qui ne paraît pas avoir pu nuire à ses fonctions. Les valvules de l'aorte sont épaissies et partiellement ossifiées, ce qui ne leur permettait, ni de clore exactement le calibre de l'artère, ni de s'effacer le long de ses parois.

Il me paraît très-probable, d'après les autres faits que j'ai observés, que, dans ce cas encore, l'altération du cerveau n'a été que l'effet de la lésion du cœur, qui a pu elle-même échapper à l'observation jusqu'au moment où elle mit un obstacle grave aux fonctions de l'organe. Il y a beaucoup de cas en pathologie où la maladie d'un organe paraît ne troubler l'état général de l'économie que quand elle a atteint un autre organe plus important, qui, bien qu'il ne soit malade que consécutivement, occupera cependant exclusivement l'attention, et la détournera encore du point de départ réel de la maladie. Pour prouver que la maladie d'un organe aussi important que le cœur peut passer inaperçue, il suffit de rappeler que, dans beaucoup de cas de rhumatisme aigu dont les sujets ne se sont pas plaints de la région du cœur, il suffit d'appliquer l'oreille sur cette région pour découvrir un bruit de soufflet distinct. J'ai remarqué que la plupart des sujets des cas dont je parle avaient, à une époque antérieure, éprouvé une attaque de rhumatisme aigu dont ils avaient guéri complétement, mais ayant cependant conservé la respiration un peu courte. Je connais un certain nombre de personnes qui ont souffert, à une époque déjà éloignée, du rhumatisme aigu, et chez lesquelles un bruit de soufflet constant annonce une maladie or-

Digitized by Google

ganique du cœur qui les incommode si peu qu'elles peuvent se livrer, sans souffrance, à une existence active et laborieuse.

Nous voici arrivés à la partie la plus importante de nos recherches, à leur application pratique. Car, si nos observations sont exactes, les résultats pratiques qui en découlent sont de la plus haute importance, puisqu'ils doivent amener à un mode de traitement bien différent, et, dans beaucoup de cas, entièrement opposé à celui que, jusqu'ici, on avait employé dans les mêmes cas.

Maintenant qu'il est tout à fait démontré que des lésions graves peuvent être produites dans le cerveau par la force extraordinaire avec laquelle le ventricule gauche lance le sang vers cet organe, le premier point à examiner, lorsqu'un cas de ce genre se présente, est d'examiner si le cœur est à l'état normal ou non, et si on suppose qu'il est altéré, on devra rechercher quelle est cette altération. Si c'est une hypertrophie, les signes physiques suffiront pour nous la faire connaître. Si cette hypertrophie dépend d'un obstacle au cours du sang placé entre le cœur et l'origine des vaisseaux qui portent le sang au cerveau, que cet obstacle réside dans la valvule mitrale ou dans les valvules sigmoïdes de l'aorte, les signes caractéristiques de ces deux différentes lésions nous serviront de guides. C'est le pouls, surtout, qui nous fournira les informations les plus utiles. Dans le cas d'altération des valvules de l'aorte, il présentera une vibration particulière, ce tressaillement dont nous avons déjà parlé, et il sera visible dans les parties les plus éloignées; si l'obstacle a son siége dans la valvule mitrale, le pouls sera petit, et quelquefois même manquera tout à fait, et ne sera jamais en rapport avec la force des battements du cœur. Si, au contraire, l'obstacle qui cause l'hypertrophie est placé au delà de l'origine des vaisseaux qui portent le sang à la tête et aux poignets, on trouvera la même impulsion au poignet et à la tête; dans ce cas, le pouls donnera la mesure exacte de l'impulsion qu'éprouve le cerveau. On ne doit donc, dans aucun cas d'apoplexie ou de paralysie, négliger l'examen attentif des battements du cœur. Lorsque le pouls est plein et fort, avec des battements du cœur également forts, et une impulsion ou un choc énergique, alors, on devra regarder ce cas comme l'un de ceux qui ont été signalés depuis longtemps déjà, et dans lesquels l'hypertrophie du ventricule gauche agit comme cause mécanique de l'hémorrhagie cérébrale. Quant au traitement que ces cas réclament, nous nous bornerons à dire que si l'apoplexie exige la plus grande célérité dans l'emploi des moyens de traitement, les évacuants ne peuvent cependant être employés au delà de certaines limites; car nous avons vu bien des cas où une évacuation sanguine très-abondante avait été suivie d'un collapsus ou d'un affaiblissement rapide de l'innervation, qui exigeait immédiatement l'emploi des stimulants.

Adoptant entièrement la manière de voir du docteur Corrigan sur le traitement et le régime qui conviennent dans les cas d'altération des valvules, j'ai eu recours aux toniques et spécialement dans les cas où la lésion du cœur était compliquée par une affection cérébrale. J'ai eu surtout à me louer de l'emploi des toniques, auquel je fus amené par l'analogie que j'avais trouvée entre les symptômes de cet état morbide et ceux des affections chlorotiques et des maladies qui succèdent aux hémorrhagies abondantes. Dans quelques cas d'affection cérébrale, j'ai cru devoir faire opérer une légère évacuation sanguine, que j'obtenais par une application de quelques sangsues derrière les oreilles, des vésicatoires appliqués à la nuque et des bains de pied sinapisés; le traitement constitutionnel se compose de toniques et de stimulants combinés. Quelques autres moyens variaient suivant les indications particulières; nos toniques étaient le plus souvent empruntés aux ferrugineux, auxquels nous associons quelquefois la digitale, mais à très-petite dose. Nos stimulants étaient le camphre, l'ammoniaque, l'infusion d'arnica, et une potion composée de mixture camphrée, de carbonate d'ammoniaque et des gouttes anodines d'Hoffmann. La combinaison qui m'a le mieux réussi dans ces cas, c'est celle de la poudre de James, avec l'extrait de noix vomique. La première, agissant sur la peau, tend à rétablir l'équilibre dans la circulation, tandis que la seconde stimule le cœur comme organe musculaire.

Les indications sont à peu près les mêmes que la lésion cérébrale dépende d'une altération de la valvule mitrale ou des valvules aortiques, avec cette différence pourtant que quand c'est la valvule mitrale qui est le siége de la lésion, on doit éviter avec un égal soin tous les mouvements physiques et les émotions morales qui donnent à l'action du cœur une énergie tumultueuse et déterminent ces congestions d'où dépendent les exacerbations que présente fréquemment cette maladie.

La tendance à la syncope et un état de faiblesse qui dépend du défaut d'énergie nerveuse et qui sont des accidents assez fréquents de la maladie doivent être traités comme la maladie elle-même et par les stimulants et réclament surtout la tranquillité physique et morale. M. Fleming a communiqué récemment à la Société pathologique de Dublin un cas de ce genre fort remarquable.

Obs. VIII.—M., âgé de 45 ans, fut pris tout à coup pendant la nuit de dyspnée avec palpitation, et ne tarda pas à perdre connaissance. M. Fleming qui ne l'avait pas vu depuis quelques heures, appelé en grande hâte auprès de lui, parce que, dit-on, il venait d'être frappé d'une attaque d'apoplexie, le trouva

Digitized by Google

sans connaissance, le pouls à peine perceptible et avec une hémiplégie. Il lui prescrivit un pédiluve sinapisé, le camphre avec l'ammoniaque et un vésicatoire à la nuque. Au bout de cinq heures et avant que le vésicatoire eût pu produire son effet, le malade était revenu à lui. Il eut de mars à novembre quatre autres attaques semblables, et qui toutes les quatre cédèrent au même moyen et avec la même facilité. Chacune de ces attaques était accompagnée d'un ictère. Un repos complet du corps et de l'esprit pouvait seul mettre un terme à ces attaques pendant lesquelles les battements du cœur très-forts étaient accompagnés d'un bruit de soufflet, tandis que le pouls était extrêmement petit et faible, et quelquefois même tout à fait insensible; la plus légère perte de sang, l'application d'une seule sangsue suffisaient pour déterminer une faiblesse alarmante. Le malade était extrêmement susceptible aux effets de l'opium.

Comme le malade mourut d'une autre maladie, M. Fleming put examiner les organes thoraciques, mais malheureusement il ne put ouvrir la tête. La valvule mitrale était épaissie et était insuffisante pour clore l'orifice auriculo-ventriculaire gauche qui était beaucoup plus large que ne le comportaient les proportions du cœur. Le ventricule gauche offrait une hypertrophie excentrique. Les poumons étaient congestionnés et partiellement emphysémateux; sur quelques points même il y avait des noyaux d'apoplexie pulmonaire.

Il est à regretter qu'on n'ait pu constater l'état du cerveau; il eût été important de savoir s'il y avait une lésion permanente, ou seulement temporaire, comme semble le démontrer le résultat du traitement et comme l'a pensé avec beaucoup de justesse M. Fleming, qui, guidé par la petitesse et la faiblesse du pouls, regarda les symptômes cérébraux comme le résultat de l'absence pour le cerveau du stimulus dont il a besoin. Dans plusieurs attaques, M. Fleming donna l'eau-de-vie et avec un prompt soulagement.

Nous tirerons maintenant des observations que nous venons de présenter les conclusions suivantes:

1° La pathologie du cerveau est, dans beaucoup de cas, activement influencée par la pathologie du cœur, et borner les rapports pathologiques entre ces deux organes à l'apoplexie qui résulte de l'hypertrophie du ventricule gauche, c'est les renfermer dans de trop étroites limites

2° Le ramollissement du cerveau est le produit des maladies du cœur qui ont pour résultat de diminuer directement ou indirectement la quantité de sang que reçoit la tête et il peut dépendre également d'une altération de la valvule mitrale ou des valvules aortiques.

3° L'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, lorsqu'elle détermine l'apoplexie, doit dépendre de quelque obstacle placé sur le trajet de l'aorte, mais placé au delà de l'origine des vaisseaux qui transportent le sang au cerveau.

4° Lorsque le ramollissement du cerveau survient comme résultat de l'inflammation, de l'hypérémie ou d'autres causes analogues, les circonstances dans lesquelles il se développe doivent suffire pour indiquer déjà sa nature; mais quand il survient avec une altération ou une insuffisance des valvules mitrale ou aortique, les symptômes constitutionnels, l'analogie qu'on observe avec ceux qui suivent l'hémorrhagie et l'état du pouls suffisent pour faire exclure l'idée que cette lésion du pouls soit survenue sous l'influence des conditions ordinaires de l'inflammation.

5° Confondre des modifications aussi opposées d'une altération, c'est nécessairement préparer les résultats pratiques les plus funestes.

6° Les circonstances dans lesquelles se développe le ramollissement cérébral dont je me suis occupé dans ce travail semblent d'identifier avec la gangrène ou avec la mort d'une partie causée par la diminution du sang qu'elle reçoit.

GAZETTE MÉDICALE. — Août 1840.

Observation d'anévrysme de l'aorte abdominale, suivie de quelques réflexions sur le diagnostic de cette maladie, sur l'indication de l'emploi du traitement de Vasalva en pareille circonstance, et sur les symptômes à l'aide desquels l'on peut annoncer quand l'épanchement sanguin a lieu hors de la cavité du péritoine; par le docteur PUTÉGNAT, de Lunéville, membre de plusieurs sociétés de médecine nationales et étrangères.

OBS. — Polo, âgé de 40 ans, issu d'une famille saine, depuis dix-sept années modeste perruquier à Lunéville, après avoir été élève en chirurgie à Sarragosse, sa ville natale, qu'il a quittée en 1823, me fait appeler pour la première fois au mois d'octobre 1838. Cet homme, petit et maigre, ayant le teint pâle, anémique, les cheveux très-noirs; d'un caractère doux et patient, mais un peu sombre; n'ayant jamais eu aucune affection, ni même cutanée ou syphilitique, me dit que depuis trois années et demie il se plaint d'une douleur sourde et continuelle siégeant dans le dos, accompagnée depuis quelques mois seulement de vomissements. Jusqu'alors soigné par un officier de santé, il vient de le remercier, par la raison que, son mal ne diminuant pas, il n'a plus confiance aux embrocations, au fer chaud que l'on promène longtemps sur une feuille de papier gris

Digitized by Google

appliquée sur les lombes ; enfin, au traitement qu'il subit sans succès aucun depuis tout à l'heure un mois.

Désirant trouver la cause des vomissements, qui ne sont accompagnés ni de soif, ni de fièvre, ni de rougeur à la langue, mais seulement d'un peu de gêne au creux de l'estomac, et afin de pouvoir explorer aussi exactement que possible la région épigastrique, je fais coucher Polo la tête haute et les cuisses fortement fléchies sur le bassin. Alors ma main rencontre, au creux de l'estomac, à l'extrémité inférieure du sternum, une tumeur adhérente, exactement circonscrite, du volume d'un petit œuf, ayant son grand diamètre dans la direction de celui de l'axe du corps, heurtant la main synchroniquement à la contraction ventriculaire du cœur.

Quelle est la nature de cette tumeur? Est-ce un cancer siégeant devant l'aorte, ou bien un anévrysme de ce vaisseau? Les vomissements, la constipation, l'état du pouls et de la langue, le teint jaune-paille, la liberté de la respiration, etc., me font soupçonner un cancer; mais Polo n'accuse pas de douleurs lancinantes dans la tumeur; celle-ci, vu sa position épigastrique, ne doit point appartenir au pylore; mais la dégénérescence cancéreuse de la paroi antérieure de l'estomac n'offre pas d'altération semblable à cette grosseur : donc, il n'est pas probable que ce soit une tumeur cancéreuse appartenant à l'estomac.

Les pulsations isochrones au pouls; le sentiment de retrait et d'expansion que la tumeur m'offre; la douleur dorsale, sourde, rongeante et continuelle que le malade accuse, et qui a été combattue comme une affection rhumatismale; le fort battement simple, sonore, étendu, que la tumeur donne, et qui est accompagné d'un bruit de soufflet synchrone à la pulsation artérielle, tandis que le cœur ne présente rien de maladif, me décident à penser que la tumeur est anévrysmale. Ainsi, après un examen long et très-attentif, je me suis vu amené à pouvoir diagnostiquer une dilatation anévrysmale que le plessimètre limite exactement. Arrivé à cette connaissance, il me fallut encore déterminer si l'anévrysme appartenait à l'aorte, ou à l'artère mésentérique supérieure, ou au tronc artériel qui fournit à droite l'hépatique, à gauche la splénique et la coronaire stomachique. J'ai penché pour l'anévrysme de l'aorte : 1° parce que la tumeur me semblait énorme ; 2° parce que le bruit de soufflet se faisait entendre sous le sternum, dans la direction de l'aorte.

Le traitement de Vasalva étant rejeté par le malade, qui refuse obstinément la saignée générale, et veut continuer à vaquer à ses nombreuses occupations, je conseille, en désespoir de cause, des applications de sangsues sur l'épigastre, un régime très-sévère et les nombreuses précautions qu'il doit prendre.

Polo perd dix-huit mois en restant très-soumis à cette espèce de traitement, auquel malheureusement il veut se fier, malgré mes instantes prières.

Le 8 mars 1840, ou dix-huit mois après ma première visite, ce malade se met au lit. Jusqu'à ce moment, il avait courageusement continué son train de vie habituelle, malgré ses vomissements, malgré ses douleurs. Ce jour, je pose avec plus d'assurance, si faire se peut, qu'il y a dix-huit mois, le même diagnostic, et voici ce que je remarque : la tumeur anévrysmale, siégeant au creux de l'estomac, me paraît avoir le volume de la tête d'un enfant à terme; les mouvements d'expansion et de retrait sont saisissables on ne peut mieux par l'œil et par la main; le choc donné par cette énorme tumeur est tel, qu'il ébranle le malade à chaque pulsation; le plessimètre, avec une très-forte résistance au doigt, circonscrit l'anévrysme en haut, en bas, au niveau de l'ombilic, le distingue du cœur, dont il est séparé par un assez long espace, mais ne peut le limiter en haut, à droite, où la matité se confond avec celle du foie. Le ventre est souple, indolent, sonore. L'oreille, même par l'auscultation à distance, perçoit dans la tumeur un battement clair, simple, étendu, isochrone au pouls, distinct des bruits du cœur, battement dont la valeur est grande quand il s'agit de diagnostiquer un anévrysme de l'aorte. Un bruit de frottement assez fort, synchrone à la contraction ventriculaire, se fait entendre distinctement dans la tumeur. Les douleurs lombaires persistent; les membres inférieurs ne sont pas infiltrés; la respiration est fréquente (35 inspirations à la minute) et spécialement costale. Le pouls serré, évidemment dicrote, donne 108 pulsations à la minute. Outre les douleurs lombaires habituelles qui durent depuis des années, Polo en accuse une autre dans le flanc gauche, qui est sourde, profonde et continuelle. Le malade refuse de nouveau le traitement de Vasalva, et ne veut point absolument que je lui pratique une saignée; ce voyant, j'ordonne des pilules de digitale, le repos, une tisane diurétique et un régime très-sévère. Le lendemain, la douleur persistant, je conseille une application de sangsues *loco dolenti*, un grand bain, des lotions narcotiques et des cataplasmes émollients. Ces moyens n'ont procuré aucun soulagement. Le patient a continué le repos au lit, les lavements, les cataplasmes, la tisane, jusqu'au 19 mars. Je dois dire qu'il n'a jamais pris une gorgée de tisane, ni une cuillerée de potion calmante, sans les vomir à l'instant même.

Le 19 mars, Polo n'ayant pas eu de selle depuis quatre jours, je prescris dans un lavement d'un quart de litre une cuillerée ordinaire de mélasse. Deux heures après ce lavement, le malade a trois évacuations alvines sans coliques. Dans la nuit suivante, la douleur du flanc devient très-aiguë; il ar-

Digitized by Google

rive de la diarrhée. Appelé à la hâte, je trouve les muqueuses pâles, les yeux à demi-voilés, les extrémités froides, le pouls si fréquent que je ne puis compter les pulsations. Le malade, qui est d'une faiblesse telle qu'il a déjà eu plusieurs syncopes, accuse un bourdonnement dans les oreilles et un brouillard si épais qu'il ne peut distinguer les objets; sa figure est froide, sa parole comme soufflée. A ces symptômes effrayants, je reconnais la rupture de la poche anévrysmale et l'imminence de la mort. Interrogé, Polo répond que sa douleur est devenue subitement très-aigue, atroce, et qu'il a senti quelque chose de chaud se répandre dans le côté gauche du ventre. La tumeur anévrysmale paraît moins volumineuse, attendu que le ventre est distendu; mais le plessimètre lui trouve son ancien diamètre vertical. Tout le côté gauche du ventre jusqu'au pubis est d'une sensibilité extraordinaire, la pression la plus légère y développe une exacerbation de la douleur et y reconnaît de la dureté. Le plessimètre y rencontre de la matité qui ne change pas de place suivant les positions que l'on fait prendre au malade; cette matité qui commence au pubis, qui remonte le long du côté gauche du ventre, vient se confondre avec celle de la rate que je ne puis limiter, et va rejoindre la tumeur anévrysmale. Ce voyant, j'ai cru positivement à la rupture de l'aorte, à un épanchement sanguin que j'avais soupçonné aux symptômes d'hémorrhagie interne que j'ai rapportés ci-dessus; ainsi, j'ai pu m'expliquer la position effrayante du malade et les symptômes de la péritonite.

Ce jour, le malade consent à ce que de la glace soit placée sur la tumeur.

Le lendemain, voyant que la peau, sous la vessie contenant la place, était ecchymosée et même frappée de gangrène en un point, je suspens cet agent thérapeutique employé dans l'intention d'aider la nature à coaguler le sang au point de la déchirure.

Le 27 mars, Polo se trouve dans la position suivante : face pâle, amaigrie, un peu grippée, voix faible, extrémités froides, langue naturelle, pouls à 111 pulsations à la minute, muqueuse un peu moins pâle que le jour de la *crise* (expression du patient), vomissements, diarrhée peu abondante, ventre distendu par des gaz, ce qui rend la tumeur moins apparente; faiblesse extrême qui est d'un funeste augure au dire du malade; ecchymose au périnée, s'étendant autour de l'ouverture anale jusque dans la peau du scrotum. Après avoir réfléchi longtemps pour m'expliquer cet épanchement sanguin, je me suis arrêté à le regarder comme le résultat de l'infiltration du sang de l'aorte qui, après s'être fait jour dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, avait gagné le tissu cellulaire du bassin, et delà celui des parties environnantes.

Le 28, Polo consent enfin à une consultation que depuis longtemps je demandais avec instance, désireux que j'étais de faire connaître à mes confrères de Lunéville ce cas rare de pathologie. Le docteur Benoist et le chirurgien-major du deuxième lanciers sont appelés et confirment mon diagnostic. Ce jour, on a prescrit de l'alcool camphré sur l'ecchymose qui avait envahi tout le scrotum, le pénis et la hanche gauche. Il est bon de dire, avant d'aller plus loin, que depuis le 20, jour où, à mon avis, la rupture de l'anévrysme s'est faite, le malade s'est presque constamment tenu couché sur le côté gauche, ayant les cuisses fortement fléchies sur le bassin; qu'il s'est plaint de dysurie, d'une pesanteur dans le bassin qui produisait l'envie d'aller à la selle, ce qui faisait que Polo prétendait qu'il pourrait être guéri si je lui donnais un purgatif. A mes yeux, ces deux phénomènes devaient être attribués à la compression de la vessie et du rectum par la tumeur sanguine siégeant dans le bassin, et résultant de la rupture de la poche anévrysmale.

Le 31, le scrotum est œdémateux; la peau du pénis est frappée de gangrène en quelques points; l'ecchymose s'étend à la peau du côté gauche du ventre et à celle de la partie supérieure de la cuisse; le pouls est petit et de temps à autre intermittent; la faiblesse extrême; la soif dévorante; les selles involontaires. Je prescris de la limonade gommeuse, un demi-lavement d'amidon avec huit gouttes de laudanum, et quitte le patient, comptant que sa dernière heure ne tarderait pas à sonner. Ce jour, j'étais accompagné du docteur Benoist.

Le 1er à huit heures du matin, Polo s'éteignait paisiblement.

La nécropsie m'étant refusée, je m'attache à un beau-frère et à l'intime ami du défunt, qui, tous deux, m'ont quelques obligations, et finis par les gagner en leur insinuant adroitement que la maladie de Polo pouvant se transmettre à sa femme et à son enfant (ce que bien entendu je ne saurais croire), il est urgent que je puisse la connaître à fond. A midi, l'on me fait dire que l'on vient enfin d'éloigner la femme Polo, et que j'aie à procéder tout de suite à l'ouverture, attendu que l'on ne m'accorde que vingt à trente minutes pour cette opération. Les deux confrères consultants étant absents sont remplacés par le docteur Thomassin, qui s'empresse de se rendre à mon invitation.

Le cadavre est gisant sur le dos; sa figure n'est point altérée; le teint et la physionomie sont ce qu'ils étaient lors de ma dernière visite. La chaleur subsiste; il n'y a pas encore de roideur, l'ecchymose n'a point disparu; le haut de la cuisse et la peau de la verge sont œdémateux; la tumeur est affaissée, peu apparente; une grande tympanite distendant la paroi abdominale; cependant la percussion médiate

Digitized by Google

indique encore de la matité avec résistance au doigt là où je l'avais rencontrée pendant la vie.

Le haut de la cuisse gauche laisse voir que les chairs sont infiltrées d'une sérosité sanguinolente et qu'il est frappé de gangrène en plusieurs endroits; la peau du pénis, une partie de celle du scrotum sont aussi frappées de mortification; la partie inférieure et latérale gauche de la paroi abdominale est infiltrée d'une sérosité sanguinolente. Sa cavité abdominale étant largement ouverte, l'on reconnaît que le foie, bien que sain, est énorme; son lobe gauche, en recouvrant l'estomac, qui est vide et déjeté à gauche, vient jusque dans la région splénique; des traces nombreuses d'inflammation se remarquent sur la séreuse abdominale dont la cavité contient quelques cuillerées d'un liquide rougeâtre; les fausses membranes de nouvelle formation sont nombreuses, surtout dans la partie gauche et inférieure du ventre. Le paquet intestinal est poussé à droite; la moitié latérale gauche de l'excavation du bassin est remplie par une tumeur qui remonte entre la colonne vertébrale, et la partie de la paroi gauche abdominale va gagner près de la rate, se recourbe en dedans vers la colonne vertébrale, passe au-dessous de l'estomac et se réunit à une autre tumeur placée au-devant des vertèbres, longue de huit travers de doigts, un peu aplatie d'avant en arrière, siégeant hors de la cavité du péritoine, rénitente, d'une couleur légèrement rosée. La première tumeur dont je viens de parler est molle, fluctuante, noirâtre; l'enveloppe en est lisse dans certains endroits, couverte, dans d'autres, d'exsudations membraniformes; son côté interne se confond avec le péritoine qui tapisse le colon descendant, qui est jeté en avant et à droite; là se trouvent de nombreuses membranes, les unes contenant des vaisseaux et difficile à déchirer; les autres, blanches, molles, se laissent rompre à la moindre traction. L'aspect seul de la tumeur montre clairement que le liquide contenu est du sang. A gauche, la paroi de la tumeur se recourbe en avant et se continue avec le péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen. Ainsi, cette tumeur qui, au premier coup d'œil, paraissait être dans la cavité de la séreuse, est évidemment, comme je l'ai annoncé, hors du péritoine, et a celui-ci pour paroi antérieure et latérale; ainsi le feuillet postérieur du mésocolon lombaire droit est détaché des parties qu'il recouvre (uretères, vaisseaux rénaux et spermatiques); ainsi, la portion inférieure du péritoine est séparée des vaisseaux rénaux hypogastriques; ainsi, l'épanchement sanguin se trouve appuyé sur les vaisseaux rénaux, le rein et l'uretère droits sur les muscles petit psoas, carré des lombes et iliaque du même côté, et comprime en refoulant à droite la veine et l'artère primitives iliaques gauches. Ouverte dans sa partie antérieure, cette tumeur laisse échapper une énorme quantité de sang noir, à moitié coagulé. Alors il est facile de reconnaître que sa paroi antérieure n'est constituée que par la lame postérieure et latérale gauche du péritoine qui tapisse la face antérieure des muscles petit psoas et carré des lombes. Le sang épanché dans cette énorme poche pourrait à peine être contenu dans deux litres.

Dans sa partie inférieure, qui est la plus volumineuse, cette tumeur comprime le rectum et la vessie qu'elle refoule fortement à droite. La main introduite dans l'ouverture de cette poche rencontre partout du sang noir à demi-coagulé et en avant une paroi mince. L'indicateur, se dirigeant en haut et en dedans dans le sens qu'affecte cette tumeur, trouve une ouverture d'un diamètre de 20 millim. environ qui établit une communication avec l'autre tumeur, qui se trouve derrière l'estomac, en dehors du péritoine. Cette tumeur ouverte largement dans le sens de son long diamètre ou de l'axe du corps me semble tout d'abord squirrheuse; mais je ne tarde pas à changer d'opinion, car en enfonçant plus au loin l'instrument du sang vermeil s'en échappe. Le doigt introduit par cette ouverture reconnaît à la poche une paroi de 50 millimètres au moins, résistante, d'un tissu fibreux, à couches concentriques. On reconnaît facilement que ce tissu ne doit être que de la fibrine du sang coagulé, tapissant la paroi de l'anévrysme, et de telle sorte que la partie externe, lisse, résistante, rosée, est en contact avec la face interne de la paroi de la poche anévrysmale, et que la partie interne, à rayon moins grand que l'externe, moins organisé, est en contact avec le sang, et constitue le canal à travers lequel coule le sang, canal qui admet exactement mon index. En continuant à explorer l'intérieur de l'anévrysme, mon doigt rencontre à gauche, entre l'artère mésentérique supérieure et la rénale, une ouverture à paroi mince, frangée, établissant communication avec la première tumeur dont j'ai parlé : évidemment c'était là la rupture de l'anévrysme par laquelle le sang s'échappant avait fusé sous le feuillet postérieur de la séreuse abdominale. Ce n'est pas tout : le doigt rencontre encore deux autres lésions importantes à signaler : la première consiste en un rétrécissement de l'aorte siégeant au-dessous de l'anévrysme, rétrécissement pour le moment obstrué par un caillot que mon confrère Thomassin déplace facilement avec le doigt; la deuxième consiste en une usure profonde de la partie antérieure et latérale gauche du corps des vertèbres en contact avec la poche anévrysmale. En un point, à la partie inférieure, cette usure offre une cavité assez profonde pour pouvoir contenir une aveline.

Telles sont les lésions que, dans le court espace de temps que j'ai pu obtenir, j'ai rencontrées.

Je désirais pouvoir pousser plus loin mes inves-

Digitized by Google

ligations et emporter la pièce pathologique, afin de l'étudier avec soin et de la faire dessiner; mais il m'a fallu céder à la volonté des parents qui ne m'avaient accordé l'ouverture que sous condition.

Je vais m'arrêter sur quelques points de cette observation, qui ne me paraît pas dépourvue de tout intérêt. Il est évident que la douleur dorsale qui tourmentait le malade depuis trois années et demie, que l'on avait prise pour un rhumatisme, n'était qu'une conséquence de la maladie artérielle. Mais cet anévrysme remontait-il à trois années et demie? C'est ce que je ne puis dire. Quelle peut être la cause de cette tumeur anévrysmale? Évidemment c'est le rétrécissement siégeant au-dessous d'elle.

Cette réponse me conduit naturellement à rechercher la cause de ce rétrécissement. J'aurais probablement rencontré des dégénérations stéatomateuses dans l'artère si le temps m'eût permis d'examiner ce vaisseau. Mais nous remarquons une chose, c'est que le malade, d'un caractère pacifique, n'ayant jamais eu ni rhumatisme ni affection syphilitique, ne faisant jamais d'excès, n'ayant jamais reçu des coups sur le ventre, ne m'a point offert une seule des causes de l'inflammation de l'aorte et des gros vaisseaux. J'ai eu soin d'expliquer plus haut comment je suis parvenu dès le principe à diagnostiquer le mal; je n'ai donc pas besoin d'insister de nouveau sur ce point; seulement je ferai remarquer que le bruit clair, sonore, simple, indiqué par M. Bouillaud, dans sa thèse (1823), et si bien étudié dans son TRAITÉ DES MALADIES DU COEUR; que le bruit de soufflet, isochrone au pouls, entendu dans la tumeur; que les mouvements de retrait et d'expansion de celle-ci, sont les symptômes qui, réunis à la matité, peuvent assurément faire diagnostiquer un anévrysme de l'aorte ventrale. L'on a vu aussi que j'ai annoncé positivement la rupture de la poche anévrysmale, l'épanchement sanguin et le lieu où il devait se trouver. Cette douleur vive, aiguë, dans le flanc, ce sentiment subit de déchirure au lieu où siégeait la douleur, accompagné de la sensation d'un liquide chaud, qui se répand dans le côté gauche de l'abdomen, suivi des symptômes effrayants d'une péritonite sur-aiguë, d'une hémorrhagie interne abondante, me firent annoncer avec assurance un épanchement sanguin dans le ventre par suite de la rupture de la tumeur anévrysmale. L'ouverture a confirmé mon diagnostic, que j'ai répété devant les deux confrères consultants.

Il faut remarquer que le malade ne portait aux membres inférieurs ni varices, ni œdème, chose difficile à expliquer quand l'on réfléchit que la veine cave, que la veine demi-azygos, devaient être comprimées par la tumeur anévrysmale, ce que l'on ne peut comprendre qu'en pensant que la veine azygos avait probablement acquis un volume plus fort que celui qu'elle a dans l'état naturel; c'est un point qu'une nécropsie plus détaillée aurait pu éclairer.

C'est à l'aide du caillot trouvé dans le rétrécissement que l'on peut se rendre compte du refroidissement des extrémités inférieures, qui remontait à une époque un peu antérieure à la rupture, et comprendre pourquoi cette rupture a eu lieu. En effet, ce caillot se trouvant là, la quantité du sang qui se rend aux extrémités inférieures a diminué, de là refroidissement; par suite de ce caillot, qui obstruait plus ou moins l'aorte au-dessous de la dilatation, le choc du sang contre la paroi de l'anévrysme a dû être plus fort, de là rupture. Mais quelle peut être l'origine de ce caillot? Celui-ci s'est-il formé directement dans le rétrécissement, ou bien n'est-ce pas plutôt un caillot de sang de nouvelle formation, continu dans la tumeur, qui a été entraîné? Cette dernière supposition me semble la plus probable, attendu qu'il ne me paraît guère possible que le sang puisse se coaguler dans un passage rétréci, c'est-à-dire là où son impulsion doit être plus forte et son passage plus rapide.

Le plus ordinairement, quand un anévrysme de l'aorte ventrale vient à rompre, l'épanchement se fait au-dessous du péritoine; c'est aussi, comme la nécropsie le prouve, ce qui a eu lieu chez Polo, phénomène que j'avais annoncé du vivant du malade. Il me semble convenable de dire comment je suis parvenu à ce diagnostic. En voyant une ecchymose qui occupait le périnée, les fesses, le scrotum, le pénis, la paroi abdominale gauche, le haut de la cuisse du même côté, et cela sans cause appréciable, en voyant que c'était de ce côté qu'avait lieu l'épanchement sanguin, dont la formation avait précédé de quelques jours celle de l'ecchymose, j'ai dû reconnaître que cette ecchymose était consécutive à l'épanchement abdominal: or, si le sang était contenu dans le péritoine, il ne pourrait y avoir transsudation de sang et, par suite, ecchymose: donc l'épanchement avait lieu hors du péritoine, donc il était en contact avec le tissu cellulaire du bassin.

A quelle cause faut-il rapporter les vomissements opiniâtres? Est-ce à la compression que la dilatation de l'aorte exerçait sur l'estomac, ou à la déviation de ce dernier organe? ou bien faut-il penser que ces vomissements étaient un effet sympathique de la lésion du rein ou de l'artère rénale, ou de la déviation de l'urètre? Ce point aurait pu être éclairci par une autopsie plus détaillée. Tout ce que je puis dire, c'est que l'estomac, examiné très-soigneusement, ne m'a offert aucune lésion autre que celle dont j'ai parlé ci-dessus.

En réfléchissant à l'usure que présentait le corps de plusieurs vertèbres, l'on comprend que Laennec a pu voir la rupture d'un sac anévrysmal de l'aorte abdominale s'opérer dans le canal rachidien, et que

Digitized by Google

David Dikson a observé un malade atteint de paraplégie pour cause d'un anévrysme de l'aorte ventrale. (THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, 1836.)

Employé dès le principe, c'est-à-dire quand je l'ai conseillé, 18 mois avant la mort, le traitement de Vasalva aurait-il, sinon guéri, au moins fait ralentir la marche de l'anévrysme, ou fait disparaître ses symptômes? Les observations de Vasalva, d'Albertini, de Lamisi, de Corvisart, de Hoggson, de Laennec, sembleraient le faire croire. Mon intention était de l'adopter tel qu'il a été modifié par M. Chomel. L'on doit se rappeler que Polo l'a refusé opiniâtrément. Il faut l'avouer, tout en conseillant ce traitement, je n'y avais cependant pas beaucoup foi : 1° par les motifs que donne M. Bouillaud; 2° parce que je l'ai vu ne produire aucun résultat satisfaisant sur un malade du professeur Roux, à l'hôpital de la Charité, en 1830. L'ouverture du cadavre a prouvé que ce traitement n'aurait pu réussir, attendu que l'anévrysme reconnaissait pour cause un rétrécissement inférieur de l'aorte, maladie contre laquelle la méthode de Vasalva ne peut rien.

La promptitude avec laquelle j'ai été forcé de pratiquer la nécropsie ne m'a point permis de faire toutes les recherches que je désirais faire sur la tumeur anévrysmale; seulement j'ai remarqué que, dans sa partie antérieure, la seule que j'ai pu examiner, elle avait pour paroi une membrane mince, composée en dehors par le péritoine un peu épaissi, et en dedans par une couche lisse, légèrement rosée, s'enlevant par un frottement assez fort, en contact avec la surface externe et la mieux organisée du caillot. Cette donnée tendrait à faire croire que les deux membranes internes avaient disparu là où j'ai ouvert l'anévrysme, et que celui-ci était un anévrysme faux, ou de la seule espèce que Scarpa voulait à tort admettre.

Je terminerai en faisant remarquer combien, de nos jours, on peut facilement diagnostiquer certains états pathologiques. Puisse la thérapeutique atteindre bientôt ce haut degré de perfection!

De ce qui précède je puis tirer les conclusions suivantes :

1° Souvent on peut diagnostiquer un anévrysme de l'aorte ventrale.

2° Le traitement de Vasalva, appliqué aux anévrysmes de l'aorte ventrale, peut, dans certains cas, être plutôt nuisible que bienfaisant. Il est nuisible quand l'anévrysme reconnaît pour cause un rétrécissement inférieur de l'aorte, ce qui a lieu très-souvent.

3° L'on peut quelquefois diagnostiquer la rupture de l'anévrysme de l'aorte et le lieu de l'épanchement sanguin.

4° Le sang qui s'échappe d'une rupture anévrysmale de l'aorte ventrale fuit sous le péritoine.

5° A l'aide de l'ecchymose du périnée, du scrotum, du pénis, etc., l'on peut annoncer que l'épanchement est en dehors de la séreuse abdominale : diagnostic inconnu jusqu'à ce jour.

IBIDEM.

Quelques mots sur la thérapeutique du croup.

Si le croup est une maladie bien connue et appréciée par tous les médecins modernes; s'il n'est guère possible d'accroître la masse des connaissances acquises, sous les rapports de ses caractères nosologiques, physiologiques et anatomiques, sous ceux de son état de simplicité ou de complication, des ressemblances qu'il offre avec quelques autres états pathologiques du larynx et de la trachée, de ses causes communes et spéciales, des moyens thérapeutiques qu'il réclame, il est pour moi bien évident qu'il n'en est pas de même, quant à la manière de mettre en action ces moyens, manière de laquelle résultent plus communément qu'on ne pense des guérisons aussi surprenantes que satisfaisantes, des insuccès très-affligeants pour les familles et les médecins qui sont honorés de leur confiance.

Que doit-on se proposer quand on a affaire à un vrai croup?

M. Guersent l'a dit avec beaucoup de précision et de netteté, dans le tome 6e du *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes : « On cherche à remplir trois » indications principales. Dans la première, on a » pour but de diminuer l'inflammation et d'empê» cher, s'il est possible, la formation de la fausse » membrane; dans la seconde, de faciliter le décol» lement et la dissolution de la concrétion pseudo» membraneuse; dans la troisième, de provoquer » l'expuition des lambeaux membraneux détachés, » ou des mucosités qui sont le produit de sa disso» lution. »

Trois sortes de modificateurs de l'organisme ont été mis en usage dans le but de satisfaire à la première indication : ce sont les antiphlogistiques de toute espèce, les vomitifs et les dérivatifs. Sans exclure ces derniers, d'autres ont été employés dans l'intention de compléter le traitement.

Il y a maintenant trente ans que j'exerce la médecine à Paris, où j'ai eu, comme on le pense bien, beaucoup d'occasions de traiter le croup : je l'ai toujours fait avec le plus grand succès, quoique je ne me sois jamais servi que des antiphlogistiques, des vomitifs, des vésicatoires, des sinapismes et des

Digitized by Google

bains de pieds souvent réitérés. A l'exception d'un enfant dont le croup coïncidait avec ce qu'on est dans l'usage d'appeler une fièvre cérébrale, et qui évidemment succomba aux phénomènes de cette dernière affection, je n'ai pas souvenir d'un seul individu que j'aie perdu, après l'avoir soumis à l'action des moyens dont je viens de faire l'énumération. On me dira sans doute qu'il y a beaucoup de mes confrères qui ont procédé de la même manière que moi, et qui cependant ont eu la douleur de voir périr un certain nombre d'enfants ; que dès lors il est à croire que ma mémoire est infidèle, ou oublieuse des insuccès que je puis avoir eus. En admettant que cette objection me soit faite, je conviendrai volontiers qu'elle est puissante, attendu que les agents thérapeutiques ne doivent pas avoir dans mes mains plus de vertu que dans celles d'une foule de médecins, aussi recommandables par leurs talents que par leurs lumières; mais je ne conviendrai pas qu'elle soit fondée sur des faits bien positifs : car, s'il en était ainsi, je ne mets pas en doute que les conséquences de leur thérapeutique seraient identiquement les mêmes que celles de la mienne.

J'ai quelque raison de soupçonner que, si nos moyens sont semblables, et si d'ailleurs la balance tourne en faveur de mes confrères sous le rapport du savoir, notre manière d'agir doit être différente. Peut-être ne procédé-je pas avec cet ordre, cette méthode, cette gradation qu'ils mettent communément dans la distribution des agents médicamenteux; je suis vraisemblablement plus brusque, plus expéditif, plus prompt dans ma besogne, parce que j'ai toujours vu qu'en mettant de longs intervalles dans l'emploi des moyens, on donnait à la maladie le temps de faire des progrès et de menacer de plus en plus l'existence de ceux qui en sont atteints.

La première loi que je m'impose en abordant un enfant affecté de cette épouvantable maladie, est de ne pas le quitter, ou de ne guère m'éloigner de lui tant que je n'ai pas vaincu les grands accidents. C'est ne remplir que la moitié de son office, que de se contenter de prescrire ce qu'il y a à faire, de livrer la direction des choses à des mains ignorantes, et puis de revenir voir son malade au bout d'un temps souvent très-long. Restez auprès de lui comme auprès d'une femme qui est au moment d'accoucher, ou soyez à même d'y revenir à tous les instants ; faites-lui vous-même l'application de vos médicaments, et vous serez sûr que tout est conduit avec convenance, précision et opportunité. Si c'est le pauvre à qui vous accordez ainsi vos généreux et désintéressés secours, il vous récompensera par ses bénédictions, parce que vous aurez sauvé la vie à un de ses enfants; si c'est le riche, outre sa reconnaissance, il vous dédommagera de vos sacrifices, et s'il ne le fait pas, vous aurez du moins la satisfaction de n'avoir pas perdu votre temps, puisque vous aurez fait une bonne action.

Qu'il y ait ou non toux catarrhale préliminaire, dès lors qu'il existe « une voix sonore particulière, avec » sifflement, un bruissement, ou un sifflement laryngo-trachéal à toutes les inspirations, une aphonie, ou enrouement entre les quintes, et une suffocation remarquable pendant les accès de toux (1), » le médecin ne peut plus douter du développement de la maladie, et une fois cette certitude acquise, il doit agir avec énergie et d'une manière incessante.

Le sujet est-il fort, sanguin, et dans l'imminence de la suffocation ? je commence par lui pratiquer une saignée générale, dont l'abondance est proportionnée à son énergie vitale, puis je me hâte d'appliquer un nombre plus ou moins considérable de sangsues au-dessous du larynx. Une fois celles-ci tombées, je laisse suinter les piqûres jusqu'à ce que la pâleur de la face se manifeste. Pendant l'écoulement de sang, que je modère en opposant un peu de linge sur le lieu d'où il coule, j'administre le tartre stibié à la dose d'un, deux et même trois grains dans de l'eau sucrée.

La pâleur de la face arrivée, j'ai soin d'interrompre l'hémorrhagie ; je recueille toutes les matières vomies, et pendant que le sujet est lypothimique, je lui applique un large vésicatoire à la partie antérieure et supérieure de la poitrine. Cela étant fait *dans l'espace d'une heure ou d'une heure et demie*, j'examine attentivement les matières du vomissement, et, si j'y aperçois soit des lambeaux de fausses membranes, soit des flocons de mucosités verdâtres et consistantes, je suis à peu près certain que la pseudo-membrane est rompue, et que ultérieurement je pourrai me rendre maître de tous les accidents. Pour m'assurer que les débris de la fausse membrane existent bien dans le liquide vomi, je soumets celui-ci à l'ébullition, et s'il se forme des concrétions albumineuses, soit par plaques, soit en grumeaux, il ne me reste plus de doute que je suis parvenu au résultat désiré, résultat annoncé d'ailleurs par l'amélioration sensible qui s'est opérée dans la respiration du malade bien plus encore que dans sa toux. En général, celle-ci reste encore croupale après ces diverses médications ; mais il est rare qu'elle ne soit pas plus grasse, ou un peu plus gargouillante, circonstance d'un favorable augure, parce qu'elle annonce qu'il ne faudra pas de grands efforts, soit de la part de l'art, soit de la part de la nature, pour désobstruer les voies aériennes. Si aucun accident grave ne se montre de nouveau, je quitte momentanément le malade, je défends qu'on le fasse parler,

(1) Dictionnaire de médecine déjà cité; article *Croup*, par M. Guersent.

Digitized by Google

et recommande l'administration régulière d'un looch huileux et gommeux et d'une boisson adoucissante. Si, à mon retour, je trouve que les choses sont en bonne voie, j'expecte encore, quoique la voix de l'enfant soit croupale; j'attends que le vésicatoire ait produit une ampoule convenable, parce que c'est, en général, sous l'influence de cette médication que le timbre de la voix s'améliore. Si cela n'a pas lieu, et si les inspirations sont toujours un peu sifflantes, j'ai recours à un second vomitif, qui ne manque guère de maîtriser le reste des accidents, et de restituer aux parents, toujours effrayés, la sécurité dont ils ont tant besion.

Les fausses membranes résistent-elles, ainsi que quelques phénomènes dangereux de la maladie? j'insiste sur les vomitifs, sans être arrêté par la crainte à peu près chimérique de déterminer une gastrite fâcheuse. J'ai donné jusqu'à neuf fois ces évacuants dans l'espace de vingt-quatre heures, et c'est par cette méthode hardie et tout à fait rationnelle que je suis parvenu à faire rendre des masses énormes de pseudo-membranes.

Il y a trois ans que cet heureux résultat ne fut obtenu, chez l'enfant de M. Chevallier, coiffeur, demeurant rue Cadet, nº 9, qu'après le septième vomitif.

Tout récemment j'ai soigné, rue du Faubourg-Montmartre, nº 8, le fils de M. Oudou, négociant bordelais. Cet enfant avait un croup tellement grave, qu'à chaque instant on avait à craindre la suffocation. Dans l'espace de deux fois vingt-quatre heures j'ordonnai neuf vomitifs, et successivement j'obtins une secousse pleine de concrétions albumineuses.

A l'hôpital Necker, deux sujets adultes ont été affectés d'angine striduleuse; l'un était âgé d'une cinquantaine d'années, l'autre avait de vingt-cinq à vingt-six ans. C'est encore à des vomitifs réitérés qu'ils durent la sortie d'une énorme quantité de fausses membranes, et le rétablissement de la respiration qui était presque interrompue.

La même méthode curative a également sauvé la vie au jeune fils de M. Lelorgne d'Ideville, maître des requêtes. Cet enfant fut atteint d'un croup suffocant il y a environ cinq ans, et ce ne fut qu'après lui avoir administré cinq ou six vomitifs que je parvins, après six heures de séjour auprès de lui, à rompre les fausses membranes. Au bout de quinze heures il en avait rendu une quantité prodigieuse, et dès lors la respiration devint tout à fait régulière.

De tels faits méritent, je crois, de fixer l'attention des hommes de l'art; s'ils ne sont pas suffisants pour les détourner de la trachéotomie, à laquelle ils ont recours quand l'asphyxie est imminente, ils doivent du moins engager à ne mettre en œuvre cette opération qu'après avoir administré inutilement de nombreux vomitifs. J'admets, comme on le pense bien, qu'on a eu le temps de saigner convenablement les malades; car pour les cas où les secours ont été négligés ou mal entendus, il est possible que les accidents soient tellement pessants, qu'il faille, sans d'autres préliminaires, s'adresser au traitement chirurgical.

Dans mon opinion, je crois qu'on évitera souvent cette dure extrémité, si on procède comme je l'indique.

Je me flatte que les confrères qui ont un peu secoué la poussière de l'école physiologique, et qui savent apprécier toute la gravité des circonstances, prendront cette détermination, autant dans l'intérêt des sujets soumis à leurs soins que dans celui de la profession médicale. Qu'ils se tranquillisent d'avance, les évacuants supérieurs des premières voies ne sont pas aussi dangereux qu'on l'a dit dans diverses occasions, et surtout pendant les vingt années de triomphe dont a joui la doctrine de l'irritation. Personne mieux que moi n'est à portée de fournir, à cet égard, des renseignements positifs; car je ne cesse, pour ainsi dire, de les administrer depuis neuf ans, et je suis encore à la recherche d'une gastrite déterminée par eux. Jamais, non jamais, on n'a trompé le public avec autant de hardiesse que relativement à ces médicaments, lesquels, j'ose le dire hautement, sont aussi précieux dans une multitude de maladies que le quinquina dans les affections périodiques, l'opium dans les spasmes, la saignée dans les inflammations franches, le mercure dans les affections syphilitiques.

Si la trachéotomie et ses accessoires indispensables, quand il s'agit du croup, ne m'inspiraient pas plus de craintes que ces agents médicamenteux, je n'aurais probablement pas essayé de lui substituer un autre mode de traitement, quoique non moins rationnel qu'elle; mais comme je suis convaincu qu'à cette opération majeure sont attachés de très-graves inconvénients, j'ai cru qu'il était de mon devoir de faire connaître le procédé au moyen duquel je l'ai toujours évitée.

Quand ce procédé n'aurait que l'avantage de la rendre moins souvent indispensable, je crois qu'il mériterait d'être pris en haute considération par les médecins praticiens.

Je n'espère pas que les grands amateurs de l'opération en tiendront un compte bien scrupuleux; ils ont pour cela des raisons puissantes, que je m'abstiens de dévoiler, parce qu'il n'entre pas dans mes intentions de blesser le moins du monde la susceptibilité de qui que ce soit. Je dirai seulement que s'ils sont si enclins à pratiquer la trachéotomie, c'est parce qu'ils ont la satisfaction de voir que, dans le monde, elle n'entre jamais pour rien dans les nombreux événements néfastes qui la suivent. Si elle n'est pas couronnée de succès, c'est, dit-on, parce qu'on

Digitized by Google

s'y est adressé trop tard ; c'est, d'autre part, parce que le cas était trop grave, et qu'il est arrivé des accidents dont la prudence humaine ne pouvait avoir la prévision. Mais la guérison suit-elle de près l'action de l'instrument tranchant et du caustique? Elle leur est attribuée, et surtout à l'habileté de l'opérateur.

Rien assurément ne me paraît plus juste que cet hommage rendu à l'art et à la science; mais ce qu'il y a de douloureux à savoir, c'est que ni l'un ni l'autre ne méritent pas souvent ces témoignages de reconnaissance ; car c'est en général en pure perte que cette terrible opération est pratiquée.

Je me résume, et je dis que, si l'on veut avoir moins d'occasions de la mettre en œuvre, on n'a qu'à soigner les malades avec plus de promptitude qu'on ne le fait généralement ; à faire soi-même l'application des médicaments ; à ne pas livrer les pauvres enfants à des personnes inhabiles et timides ; à réitérer un grand nombre de fois les vomitifs, si les symptômes du croup persistent, et si l'on a de fortes raisons de croire qu'ils tiennent à la présence d'une grande quantité de fausses membranes. Je n'ai eu à traiter que cinq cas de ce genre, et, en suivant hardiment cette méthode, tous les cinq se sont terminés par une complète guérison.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. —Septembre 1840.

Emploi du musc dans la pneumonie aiguë avec délire, par Roché fils.

Les anciens ont fréquemment employé le musc dans les maladies nerveuses, et en particulier dans les fièvres de mauvais caractère avec délire, mais ce sont les modernes et en particulier M. Recamier, qui ont recommandé l'usage de cette substance pour combattre le délire qui survient inopinément pendant la pneumonie, dans le cas surtout où les accidents cérébraux ne paraissent pas en rapport avec le peu d'intensité de la maladie de poitrine. La science possède déjà quelques observations du bon effet du musc dans cette circonstance, mais j'ai pensé qu'on ne peut trop en multiplier le nombre pour engager les praticiens à employer un moyen qui dans des cas désespérés a eu des résultats aussi avantageux au rapport de ceux qui en ont fait usage.

Observation. M. Montagne, âgé de cinquante-quatre ans, lieutenant d'une compagnie de pompiers, habitant Lamothe, près Aillant-sur-Tholon (Yonne), d'un tempérament bilieux très-prononcé, sujet à des vomissements bilieux sans être jamais malade, fut pris, le 20 avril 1840, de pneumonie à la suite d'une course longue et fatigante. Voici ce que je remarquai à ma visite du 23 : toux fréquente, expectoration difficile, crachats rouillés, respiration précipitée, dyspnée, douleur très-vive à la partie inférieure et antérieure de la poitrine du côté gauche avec matité et râle crépitant de cette région ; impossibilité de se coucher autrement que sur le dos ; fièvre violente avec céphalalgie.

Prescription. Saignée du bras d'une livre, dont le sang est recouvert d'une couenne très-épaisse ; looch blanc kermétisé; cataplasme émollient *loco dolente.* Le soir, l'état ne s'étant pas amélioré, nouvelle saignée d'une livre, dont le sang n'est pas couenneux. Chaque saignée est suivie des vomissements bilieux des plus abondants.

Le 24, amendement de tous les symptômes. Prescription de la veille, saignée exceptée. Plusieurs vomissements bilieux dans la journée.

Le 25, quatrième jour de l'invasion, toux presque nulle, expectoration facile, mais un peu sanguinolente, plus de douleur de côté, respiration facile, fièvre peu intense : tout fait espérer une convalescence prochaine. Mêmes moyens thérapeutiques.

Dans la soirée, sans cause appréciable, le malade délire quand on ne lui parle pas, mais si on l'interroge il répond juste; il croit tomber dans des précipices ; il se lève pendant l'absence de la garde qui le trouve étendu par terre, il se découvre continuellement.

Le 26, la nuit a été des plus agitées ; plusieurs personnes ne peuvent contenir le malade qui cherche continuellement à se lever et à se découvrir ; yeux hagards, face animée, pupilles contractées, mobilité des lèvres, rire sardonique, cris, chants, carpologie, urine involontaire, constipation ; fièvre peu intense, pouls plein, dur, toux presque nulle, crachats légèrement rouillés, le thorax offre un son un peu mat du côté gauche, mais l'air pénètre dans le poumon malade.

Prescription. Vingt sangsues autour de la tête ; vésicatoire aux mollets, sinapismes aux extrémités inférieures ; les révulsifs ne sont pas sentis. Six grains d'émétique dans six onces de véhicule.

Le 27, la nuit est des plus mauvaises ; le matin tous les symptômes continuent au même degré, le pouls est petit, dépressible, fréquent.

Prescription. Un grain de musc en pilule toutes les heures : mais le malade refusant de prendre les pilules, on les délaie dans un peu d'eau sucrée, il en prend deux par heure par méprise ; il a pris dix grains en cinq heures ; dès lors tendance au sommeil, qui dure à peine une ou deux minutes. Le musc est continué à un grain par heure. Jusqu'à minuit, les symptômes ne perdent rien de leur intensité ; mais, à cette heure, sommeil tranquille et

Digitized by Google

profond; on est obligé de réveiller le malade pour le faire boire.

Le 28, au matin, somnolence, état de stupeur, d'hébêtement qui se prolonge toute la journée, retour complet des facultés intellectuelles, le malade ne se rappelle rien de ce qui s'est passé, il se plaint d'un état de fatigue, de courbature; les révulsifs commencent seulement à agir. Point pleurétique du côté gauche, pouls légèrement fréquent, plein, pas de soif, deux selles liquides; vésicatoire sur le côté douloureux; potion de musc continuée.

Le 29, à part le point pleurétique et une légère angine gutturale tenant à des aphthes qui tapissent l'arrière-bouche, le malade se trouve très-bien; du bouillon de veau est accordé à sa demande. Musc continué à la dose d'un demi grain par heure (le malade en a pris quarante-cinq grains en trois jours); gargarisme avec miel rosat et borax.

Le 2 mai, les aphthes ont disparu, plus de fièvre, appétit; le malade peut être regardé comme convalescent, il se lève une heure par jour; la convalescence a marché rapidement; le 6 mai, le malade est entièrement guéri et se promène.

JOURNAL DES CONN. MÉD.-CHIR.—Septembre 1840.

Cas remarquable de diabète sucré; par M. CORNELIANI, professeur de clinique au grand hôpital civil de Venise.

Marie Negri, 22 ans, mère de deux enfants, adonnée aux travaux de la campagne, habituellement bien portante, éprouve depuis deux ans un dérangement dans la fonction menstruelle. Six mois après la suppression des règles, elle éprouve tout à coup une soif ardente, puis des envies fréquentes d'uriner. Les urines commencent à devenir abondantes. La femme était nourrice, et jusque-là son enfant paraissait bien portant. Dès cette époque, il commence à dépérir.

A l'abondance des urines se joint l'abattement des forces et la maigreur générale. Cependant l'appétit était excellent, extraordinaire même.

Ces phénomènes augmentent par degrés: seize mois après le début de la maladie, la femme est réduite à une pâleur extrême et à une maigreur considérable. C'est dans cet état qu'elle est rentrée à la clinique le 21 avril 1839.

A l'examen, on trouve une femme de tempérament sanguin, extrêmement faible (tabida), système musculaire dans un affaissement. Les fonctions encéphaliques n'offrent rien d'anormal; langue rougeâtre offrant les apparences d'une langue bouillie; gencives rougeâtres, salive dense; soif très-incommode, faim dévorante. Col long et grêle; poitrine déprimée, abdomen mou et indolent à la pression; coliques de temps en temps causées par la constipation; urines très-copieuses exhalant une odeur de violette, de saveur douceâtre, couleur verdâtre et foncée. Le malade urine à chaque instant avec chaleur aux parties génitales externes. Respiration normale, pouls un peu dur et très-fréquent; peau sèche et âpre au toucher; tabès général, la peau étant accolée aux os. On diagnostique à ces symptômes un diabète sucré, et on donne les urines à analyser chimiquement, ce qui confirme le diagnostic.

Les recherches sur les causes de la maladie n'ont rien appris.

On commence par prescrire quelques purgatifs, des sangsues à l'anus, des boissons huileuses avec addition d'eau cohobée de laurier-cerise, des émulsions et du lait. On passe ensuite à l'usage de la créosote intérieurement, d'abord à la dose d'une goutte dans une cuillerée d'huile d'amandes douces, à répéter quatre à six fois par vingt-quatre heures.

A cette époque, la quantité de boisson que prend la malade s'élève à quinze livres par jour; l'urine qu'elle rend s'élève à vingt-neuf livres par vingt-quatre heures.

Après vingt jours de l'usage de la créosote et de quelques purgatifs, les quantités de l'urine et de la boisson offraient une diminution, mais peu notable. On prescrit alors la créosote conjointement à l'ipécacuanha sous forme pilulaire.

Un mois après le commencement du traitement les urines étaient réduites de seize à dix-sept livres par jour. L'analyse chimique a démontré que la quantité de sucre était moindre. La faiblesse et la maigreur de la malade étaient cependant devenues effrayantes.

A cette époque une toux se déclare avec douleur rétro-sternale; oppression à la poitrine, fièvre. On suspend la créosote; saignée; boissons rafraichissantes. On analyse le sang de la saignée: il contient du sucre. On répète l'évacuation sanguine; kermès. La maladie du poumon empire; l'écoulement des urines se supprime presque complétement; la malade en rend de petites quantités, moins que dans l'état normal; elles sont rouges, sédimenteuses, briquetées, pas sucrées, et ont l'odeur et la saveur urineuse. Mort, par suite de la pneumonie, trois mois et dix jours après son entrée à la clinique.

Autopsie. Cadavre d'une maigreur extraordinaire. Cavité crânienne n'offrant rien d'anormal. Poumons entrelardés de tubercules, hépatisés sur plusieurs points, suppurés sur d'autres (vomiques). Abdomen contenant une petite quantité de sérosité jaunâtre, dense et gélatineuse. Estomac et intestins ne présentant aucun trait d'altération, si l'on en excepte

zed by Google

une légère injection veineuse. Rate, foie et pancréas, sains. Les reins sont examinés avec beaucoup de soin ; ils ne présentent pas la moindre lésion, leur structure étant parfaitement saine sous tous les rapports; ni le volume, ni la couleur, ni la consistance, ni la structure, n'ayant pu faire soupçonner la plus légère altération.

L'utérus est hypertrophié et d'une dureté squirrheuse.

L'auteur rapporte les résultats des analyses chimiques qu'il a fait faire du sang, des urines, des matières intestinales, etc.

(*Giorn. di path. e di Terap.* Venise, mai et juin 1840.)

— Cette autopsie est bien remarquable. Comment concevoir une si abondante sécrétion d'urine sans la moindre altération des organes rénaux. On croit communément que ces sécrétions se rattachent à un état d'excitation des reins, et pourtant il n'en est rien. Comment concevoir d'ailleurs une maladie d'excitation alors qu'il y avait absolument absence complète de fièvre, asthénie générale, et que la langue était ramollie ? Comment concilier cette présomption alors qu'on sait que l'excitation véritable des reins, la phlogose, est accompagnée, au contraire, de diminution ou de suppression des urines? D'ailleurs, chose remarquable, durant le diabète, une pneumonie par action mécanique (tubercules) se déclare, et cette maladie inflammatoire, loin d'augmenter la prétendue excitation rénale, guérit, au contraire, complétement le diabète.

Il n'est pas d'hypothèse qui n'ait été imaginée pour expliquer la formation du diabète et les moyens de le guérir. Des idées purement chimiques ont été mises en avant par des hommes peu versés dans l'étude de la physiologie normale et pathologique; ces idées, fort singulières, nous allions dire absurdes, ont satisfait les esprits médiocres; notre corps a été assimilé à une cornue, et des médications fort bizarres ont été recommandées. On s'est imaginé qu'on pouvait combattre le diabète par telle ou telle espèce de mets, comme on croyait autrefois pouvoir combattre le rachitisme en faisant manger des coquilles d'huîtres ou d'œuf, et boire de l'eau de chaux. On n'avait pas tenu compte de l'état de vitalité des reins et de tout l'organisme. On n'avait pas réfléchi que, d'après la saine physiologie, une sécrétion excessive d'urine ne pouvait se faire sans une faiblesse proportionnelle des artères rénales; que le sucre n'est qu'une circonstance accidentelle qui se passe dans les reins, et indépendante de la nature des aliments introduits dans l'estomac, à moins que ces aliments ne fussent de mauvaise qualité, et qu'en conséquence c'est en modifiant l'état vital des reins qu'on pouvait espérer la disparition du diabète. Laissons donc de côté ces idées ridicules enfantées dans le laboratoire des chimistes, et occupons-nous en médecins de l'affection dont il s'agit.

Il est d'observation que toutes les fois que l'organisme se trouve sous l'influence de causes débilitantes, telles que la peur, le jeûne trop prolongé, la digitale, la scille, l'arsenic, la cantharide, etc., etc., les reins sécrètent abondamment, et d'autant plus que l'asthénie est prononcée et durable. Cette manière d'être, si elle se prolonge, constitue la condition du diabète, et ruine petit à petit l'organisme entier.

Nous pourrions pousser plus loin cette analyse, pour arriver à cette démonstration, que le diabète doit être considéré comme une maladie générale dont le siége principal est dans le système des vaisseaux capillaires de tous les organes, en particulier des reins. Sa nature est évidemment asthénique, et tout à fait indépendante de l'état de l'estomac ou de la digestion.

Il suit de là que, loin d'être utile, le traitement antiphlogistique est nuisible, ainsi que l'expérience journalière le prouve, et que la médication qui lui convient réellement doit se composer de moyens stimulants dont l'action est durable et fixe. On conçoit que dans une maladie enracinée profondément, comme le diabète, les stimulants diffusifs, tels que les éthers, l'ammoniaque, l'alcool, etc., ne seraient que momentanément utiles; aussi est-ce à l'opium à haute dose et à la cannelle qu'il faut s'arrêter de préférence pour atteindre le but. Déjà une assez longue expérience a confirmé les bons effets de cette médication entre les mains de M. Giacomini et d'autres praticiens. Nous ne pouvons que la recommander hautement à la méditation des médecins.

Gazette des Hôpitaux.—Septembre 1840.

Remarques sur les altérations du sang ; par M. Monneret, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Il y a déjà longtemps qu'on fait réaction contre la doctrine de Broussais, et qu'on ne méprise plus la médecine humorale des anciens, avec ce ton de haute supériorité qui caractérisait quelques pathologistes modernes. On a reconnu quoique un peu tard qu'on s'engageait de plus en plus dans une mauvaise voie en adoptant avec trop de confiance la législation médicale du Val-de-Grâce, et enfin on a su franchement rebrousser chemin. On ne revient pas cependant aux vieux errements ; mais aux vérités établies, aux grands principes qui brillaient ou

Digitized by Google

même se cachaient au milieu de toutes les erreurs.

Voici du reste la direction du moment ou plutôt de l'époque, car il faut croire qu'elle continuera. Au lieu de se fixer absolument sur les lésions des solides, sans remonter à la cause physiologique à laquelle il faut les rattacher, on étudie maintenant les altérations du sang en suivant une méthode qui ne peut conduire qu'à de féconds résultats. Ceux qu'on a déjà obtenus sont d'ailleurs assez encourageants pour donner de grandes espérances. M. Monneret qui a pu suivre de près et vérifier les travaux de MM. Andral et Gavarret, vient d'écrire un mémoire sur les altérations du sang dans leurs rapports avec la nature des maladies. Ce mémoire qui n'ajoute rien ou peu de choses aux travaux analytiques dont nous parlons, a au moins l'avantage de prévoir les résultats généraux qui en seront le fruit et d'en résumer la portée. A ce titre, nous avons cru devoir en offrir l'analyse à nos lecteurs.

Les recherches faites depuis quelques années sur les altérations du sang ont présenté tant d'imperfections qu'elles ne pouvaient avoir de résultat scientifique. On ne s'appuyait que sur la chimie et on avait une confiance complète dans ce moyen d'investigation analytique. Depuis, les opinions ont changé. M. Lecanu a donné l'exemple de cette direction; mais c'est à M. Dumas à qui la science est redevable d'avoir remplacé l'analyse chimique par une analyse en quelque sorte physiologique. MM. Andral et Gavarret ont employé les procédés de Dumas et sont parvenus à établir des faits qui caractérisent une foule d'altérations mal déterminées jusqu'ici. Mais pour bien comprendre la nature des modifications que subit le sang, il faut d'abord partir de sa composition normale. On sait que le sang veineux se divise lui-même en deux parties distinctes, pendant son refroidissement : le sérum et le caillot. Ainsi le sang est un liquide qui peut être considéré comme tenant certains principes en suspension et d'autres en dissolution; à savoir :

Principes tenus	en suspension	1° les globules sanguins. 2° peut-être la fibrine.
	en dissolution	1° L'albumine. 2° Les sels.

Mais revenons au caillot et au sérum.

La partie solide du sang se compose de la *fibrine* qui forme un réseau à mailles plus ou moins serrées, renfermant dans leurs interstices les autres éléments qui entrent dans la composition du caillot; c'est-à-dire : *les globules sanguins*, et une très-grande quantité de sérosité en tout semblable à celle au milieu de laquelle nage le coagulum.

La partie liquide ou le sérum, peut être regardée comme de l'eau tenant en dissolution de *l'albumine* et des sels dont les principaux sont des chlorures de potasse, de soude, de carbonate de soude, de sulfate de potasse et des phosphates alcalins.

Ces bases établies, il suit, puisqu'on peut séparer entièrement la fibrine des autres matériaux du sang, il suit, disons-nous, que la fibrine est essentiellement différente des globules. Mais, de quoi sont formés les globules? Les globules sont de l'albumine unie à l'hématosine, nom qu'on a donné à la matière colorante du sang. Voilà où la chimie doit s'arrêter et où doit commencer l'analyse physiologique, celle qui a ouvert une carrière si vaste aux fécondes investigations de MM. Andral et Gavarret.

Dans l'état normal le sang contient, sur 1000 gram.:

1° Fibrine	3 gram.	caillot.
2° Hématosine.	2 —	
3° Albumine solide, constituant les globules avec l'hématosine.	125 —	
4° Albumine liquide.	68 —	sérum.
5° Sels solubles.	12 —	
6° Eau.	790 —	

Dans l'état morbide, des variations en quantité se font remarquer entre ces éléments; et ces variations se répètent avec une constance qui prouve leur rapport direct, intime avec la nature de la maladie. Ainsi MM. Andral et Gavarret ont remarqué que dans les phlegmasies, la fibrine était toujours augmentée; que dans une seconde classe de maladies, comme les fièvres typhoïdes, éruptives (la rougeole, la scarlatine, la variole), et quelques pyrexies vagues, la fibrine, au lieu d'augmenter, restait stationnaire ou même diminuait; que dans la chlorose, les globules diminuaient toujours, et que dans la maladie de Bright, par exemple, l'altération portait principalement sur l'albumine dont la diminution était toujours considérable. Les auteurs de ces travaux ont aussi fait observer que les pertes de sang et la diète diminuaient les globules, dans quelques conditions morbides que se trouvât le sujet. Mais ce qu'il y a de remarquable dans ces travaux de haute analyse, c'est surtout la concluante netteté des faits observés. Ainsi MM. Andral et Gavarret ont toujours obtenu des résultats constants. Dans les phlegmasies aiguës la quantité de fibrine a toujours été plus considérable que dans l'état normal. Dans le rhumatisme et la pneumonie, par exemple, elle a varié dans son accroissement, depuis 5 1/2 jusqu'à 10 grammes. Dans la bronchite capillaire, les variations se sont faites depuis 6 grammes jusqu'au-dessous de 9. Dans la pleurésie aiguë, il y a oscillation entre 5 et 6 grammes, etc., etc. On comprend que nous pourrions citer un plus grand nombre d'observations, car ces médecins les ont poursuivies sur le sang de 360 saignées, mais celles-ci suffisent pour faire voir les résultats précis qui en découlent. Avec la connaissance de ces altérations, on peut, en effet, juger avec certitude l'étendue et l'intensité d'une inflammation; on peut la suivre en

Digitized by Google

quelque sorte dans ses périodes de développement et de résolution ; on peut la deviner même, lorsqu'une maladie d'une autre nature absorbe, par l'intensité de ses symptômes, les symptômes généraux ou spéciaux de la phlegmasie. Ainsi, les complications elles-mêmes s'expliquent, ou plutôt se dévoilent aux yeux du médecin. — Nous citerons la phthisie qui n'est pas une maladie franchement inflammatoire, mais qui se complique d'inflammation pourtant, par l'irritation qui résulte de la présence des tubercules et les foyers de suppuration que ces corps d'origine inconnue établissent dans l'organe pulmonaire. Ainsi, lorsque les tubercules sont encore crus, la fibrine commence à peine à s'élever en quantité ; dans la période de ramollissement, la fibrine augmente : lorsque, enfin, le poumon est creusé de cavernes, la fibrine monte encore, et va quelquefois jusqu'à six. Or, les globules suivent une marche inverse : leur période de décroissement est progressive depuis le commencement de la maladie jusqu'à la terminaison : la différence dépasse 20 grammes. La maladie est donc représentée dans sa forme complexe par l'augmentation de fibrine d'une part, et la diminution des globules albumineux de l'autre. A l'une de ces altérations correspond la complication, à l'autre la condition pathologique de la phthisie.

Mais, le rayon de lumière que l'étude des altérations du sang jette sur la phthisie, ne répand pas le même éclat sur des maladies d'une autre nature. La fièvre typhoïde, par exemple, qui a pour cause probable une cause tout en dehors de celle qui a produit les symptômes purement inflammatoires, cette fièvre fait développer autour des ulcérations des glandes de Peyer, des phlegmasies en nombre plus ou moins considérable. Pourtant le sang des malades affectés de fièvre typhoïde ne présente, durant aucune période de la maladie, une augmentation dans la quantité normale de la fibrine. D'où cela vient-il? A quoi attribuer ce phénomène différentiel qui semblerait argumenter contre les inductions remarquables qui se déduisent des résultats obtenus par MM. Andral et Gavarret? Il n'y a rien à répondre ; le travail et le temps donneront sans doute la solution de cette difficulté. Revenons maintenant aux faits que ces médecins ont fait connaître.

MM. Andral et Gavarret ont compris, dans la première classe de ces maladies, les phlegmasies, c'est-à-dire celles dont l'existence fait augmenter les proportions de la fibrine. Ils ont renfermé, dans la seconde classe, les maladies, *dans lesquelles la fibrine reste en quantité normale ou diminue, en même temps que les globules restent aussi en quantité normale ou augmentent.* Voici les maladies qui rentrent dans cette classe.

Les *fièvres continues simples* ne présentent ni dans leurs prodrômes, ni lorsqu'elles sont caractérisées, d'augmentation dans le chiffre de la fibrine. Elle diminue, au contraire, comme l'ont observé, dans quelques cas, MM. Andral et Gavarret. Mais les globules augmentent presque toujours, et leur proportion atteint quelquefois un chiffre très-considérable.

Les *fièvres typhoïdes*, dont nous avons déjà parlé, et qui ne laissent jamais augmenter la fibrine malgré leur évidente complication phlegmasique, prouvent que la cause qui les détermine présente des conditions complexes, dont la connaissance analytique du sang n'a fait connaître jusqu'ici ni le nombre, ni la nature, ni le caractère.

Les *fièvres éruptives* ne devront plus être considérées, par quelques médecins, ou même par le plus grand nombre, comme le résultat d'une phlegmasie cutanée. En effet, le chiffre de la fibrine reste presque constamment au-dessous des proportions normales. Mais les globules offrent parfois une augmentation considérable, comme l'ont observé MM. Andral et Gavarret dans quelques cas de scarlatine et de rougeole. Quelles conséquences tirer de cet état particulier du sang? Qu'il existe un principe particulier assez puissant pour empêcher que le fluide circulatoire ne soit modifié, dans ses proportions, par la co-existence d'une phlegmasie. Dans les cas d'affection cutanée, la maladie spéciale absorbe, pour ainsi dire, la symptomatologie de la complication.

Les *fièvres intermittentes* n'ont encore donné pour résultat aucune augmentation dans le chiffre proportionnel de la fibrine, bien que les expériences aient été faites sur du sang qui avait été pris pendant les diverses périodes de cette affection, et sur des sujets différents. Le sang n'avait subi aucune altération. Cela ne prouve-t-il pas que la fièvre intermittente résulte d'un ébranlement général de l'organisme, et que l'élément nerveux y joue le rôle principal?

Les *congestions et les hémorrhagies cérébrales* sont très-peu connues dans leur nature ; mais l'étude du sang de 15 apoplectiques a donné des résultats qui doivent jeter quelque lumière sur les causes probables de ces affections. Ainsi le sang ne donne pas la fibrine au-dessus du type normal ; cet élément reste souvent au-dessous de ce type. Quant aux globules, ils augmentent dans tous les cas. Cette double altération, qui se fait surtout remarquer au début de la maladie, est caractéristique. Elle prouve que ce sang perd d'autant plus de sa cohésion, qu'il y a moins de fibrine, et que les hémorrhagies cérébrales se lient par conséquent moins à une lésion de solides qu'à une modification essentielle dans les éléments du sang. Toutefois, on conçoit qu'il n'y ait rien d'absolu dans cette conclusion. Il arrive, dans beaucoup de cas, que certaines conditions pathologiques des solides déterminent l'apoplexie; mais alors le sang

Digitized by Google

ne présente pas les proportions anormales que nous avons fait connaître, comme l'ont aussi confirmé d'ailleurs les recherches de MM. Andral et Gavarret. — La deuxième classe de maladies fondée sur les analogies qui existent entre les altérations du sang, renferme sans doute des affections assez disparates d'après les idées reçues. Mais, nos cadres nosologiques sont si mal faits, qu'il faut s'attendre tous les jours à une révolution qui nous écartera entièrement de nos vieilles et vicieuses habitudes.—Passons *aux maladies dans lesquelles les globules du sang sont spontanément disséminés*, et qui sont comprises dans la 3e *classe*.

La diminution des globules se manifeste chez les sujets soumis à la diète, à l'influence des pertes de sang. Les globules s'abaissent au-dessous du chiffre normal (127) dans certains états cachectiques, et lorsqu'il y a affaiblissement à la suite d'accès répétés de fièvre intermittente; ils étaient descendus jusqu'à 86, chez un sujet diabétique; chez un autre, attaqué d'une hydropisie liée à une affection du cœur, ils étaient tombés jusqu'à 68; sur un sujet atteint de colique saturnine, il fut constaté que les globules s'étaient abaissés à 88. Dans la chlorose, le chiffre d'abaissement est bien plus considérable. Au premier degré de cette maladie, qui dans cette période ne se complique pas encore d'un trop grand affaissement des forces, les globules ne descendent pas trop bas. Mais dans le second degré, la diminution se porte jusqu'à 77, 70, 68, 60, 50, 46, et dans un seul cas elle s'est portée jusqu'à 38. La chlorose est donc la maladie qui doit être inscrite en tête de cette 3e classe; car aucune autre ne présente un tel abaissement dans le chiffre des globules du sang. Mais ce qu'il y a de particulier c'est que les préparations ferrugineuses ramènent les globules à leur chiffre normal. Comment expliquer cette action thérapeutique? C'est impossible dans l'état actuel de nos connaissances. Mais toujours est-il que le fer n'agit ni sur la matière colorante du sang, ni sur la fibrine, comme on l'a cru, et comme beaucoup de médecins le croient encore, et qu'il sert peut-être à produire une action générale dont l'influence, plus ou moins éloignée, ramène le fluide circulatoire à ses conditions physiologiques.

Les maladies dans lesquelles l'albumine du sérum est diminuée forment la quatrième classe. La maladie de Bright, qui la forme jusqu'ici, présente les globules du sérum dans un état d'abaissement qui concorde avec le chiffre de l'albumine trouvée dans les urines des malades. L'albumine du sérum ayant 72 pour chiffre normal, cet élément descend jusqu'à 56 ou 60.

Et maintenant quelles conclusions générales tirer de ces travaux que d'autres observateurs ne manqueront pas sans doute d'agrandir dans l'intérêt complexe de la science et de leur renommée? C'est que par les résultats pathologiques qu'ils viennent d'obtenir MM. Andral et Gavarret ont fondé en quelque sorte une pathologie humorale. Abandonnée, méprisée, depuis longtemps, cette donnée de l'art médical est essentielle pour la solution du problème étiologique des maladies. En effet, l'étude analytique du sang conduira à connaître ses altérations, à en juger l'importance, et leur donner le rang qui leur appartient dans la catégorie des causes ou dans celles des effets, à fixer la thérapeutique sur des bases plus certaines, et à donner aux classifications nosographiques un élément de certitude d'autant plus nécessaire qu'il n'a été emprunté jusqu'ici qu'aux formes extérieures et presque exclusivement superficielles des maladies. MM. Andral et Gavarret en ouvrant cette voie à l'exploration médicale, et en faisant connaître des résultats entièrement neufs, ont donc commencé une belle œuvre scientifique que leurs efforts communs doivent se consacrer à compléter.

L'Esculape. — Septembre 1840.

De la douche ascendante et de son application thérapeutique; par Hipp. Seguin.

Je veux parler ici de la variété de douche connue sous le nom de douche ascendante. On ne sait qu'imparfaitement les ressources qu'elle peut offrir dans le traitement des maladies, et rien de pratique, que je sache, n'a été écrit à ce sujet. Aussi, dans un article du Dictionnaire des sciences médicales, sur les douches, M. Rochoux ne craint-il pas de dire que, sous le rapport de la thérapeutique, il y a presque autant de recherches à faire pour les douches à faible courant que pour celles qui, agissant préalablement par la température, la vitesse du mouvement et le volume du liquide, ont un effet prompt et énergique. Avant d'entrer dans quelques détails sur les cas qui réclament l'emploi de cet agent curatif, et avant de parler de ses effets thérapeutiques, il ne sera peut-être pas inutile de donner une idée d'un appareil à douche ascendante. Tout le monde sait bien que par ce mot on entend parler d'une colonne d'eau dont le courant a lieu de bas en haut, mais quelques personnes peuvent ignorer la manière dont est disposé cet appareil. Pour cela, je vais décrire celui qui se trouve dans l'établissement des Néothermes, où tout ce qui concerne le système balnéaire est si bien compris et si perfectionné.

Une cuve en zinc, placée à la hauteur de quarante pieds et pouvant contenir près de deux hectolitres

Digitized by Google

d'eau, sert à alimenter la douche, qui se rend, à l'aide d'un tuyau métallique d'un pouce de diamètre environ, au fond du siége sur lequel se place le malade, et qu'on ne peut mieux comparer qu'à une chaise percée. Ce siége se trouve à trois ou quatre pieds au-dessus du niveau du sol. Un ajutage présentant un ou plusieurs trous, droit ou oblique, suivant qu'on le destine au rectum ou au vagin, termine ce conduit et est recourbé de manière à former jet d'eau. Un robinet placé à la disposition du malade permet d'arrêter ou de modérer la colonne d'eau à volonté.

Il est facile de voir que la force de la douche, qui ne diminue guère par les obstacles qu'elle rencontre dans son trajet, doit être assez considérable.

Ceci me paraît être le degré désiré. Je m'en suis assuré par moi-même : l'impulsion n'est pas assez forte pour déterminer des accidents du côté des intestins, et elle est suffisante pour déterminer leur contraction, vaincre l'obstacle des sphincters, et imprimer à ces organes une légère secousse, qui constitue un des bons effets de ce médicament.

Lorsqu'on l'emploie dans le vagin, l'ajutage se termine en général par une canule percée en arrosoir; la force de la colonne d'eau est alors singulièrement atténuée; et il n'est pas à craindre que le col utérin éprouve un choc trop considérable. D'ailleurs on peut toujours en diminuer le volume. Mais je reviendrai plus tard sur cette question.

Comme les autres douches, la douche ascendante peut être administrée à diverses températures. Comme elles, on peut la rendre alcaline, sulfureuse, émolliente, narcotique, etc., etc.

Elle me paraît surtout propre à agir sur des organes profondément situés, dont l'abord présente quelques obstacles à vaincre, et dont les surfaces ne doivent pas cependant être heurtées par le liquide d'une manière trop énergique. Aussi, ne l'a-t-on guère employée que dans les maladies des intestins ou des organes génito-urinaires.

Elle tient le milieu, pour la force et les effets, entre les douches descendantes ou directes, et les injections ordinaires que l'on administre à l'aide des seringues, des clyso-pompes, etc. Moins énergique que les premières, elle peut, si l'on veut, en avoir la durée. Plus forte que les injections, elle a des résultats que celles-ci ne produiraient jamais ou que d'une manière très-lente.

Les douches ascendantes ont été employées, ou plutôt conseillées, dans la plupart des maladies de la partie inférieure du tube intestinal, et principalement du rectum, de l'anus, de la région périnéale, et des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme.

Je les ai vu administrer assez souvent dans ces cas-là; et, je dois le dire, tout d'abord, elles m'ont paru presque toujours agir plutôt comme moyen auxiliaire, que comme agent curatif principal. Il faut toutefois avouer que ce médicament est trop négligé, et qu'on ne l'a pas employé assez souvent ni dans un assez grand nombre de maladies différentes, pour pouvoir dire jusqu'à quel point il peut être avantageux.

Il est sans contredit un des moyens les plus puissants pour combattre la constipation, accident qui complique tant de maladies, et qui, quelquefois, en constitue à lui seul une des plus difficiles à guérir. Je puis dire que je l'ai vu à peu près constamment réussir dans ces cas-là, alors que les lavements, les laxatifs, les purgatifs même, avaient complétement échoué. Elle convient surtout dans les cas de constipation que j'appellerai volontiers *chronique*, due à une paresse habituelle ou à la paralysie de l'intestin. J'ai cru remarquer que son usage longtemps continué n'avait pas, comme les purgatifs, l'inconvénient d'irriter les intestins et de devenir par là même une cause qui perpétue la maladie que l'on veut combattre. Du moins, elle a cet inconvénient à un bien moindre degré. Dans les cas où l'estomac ne peut pas supporter les purgatifs, et où les lavements sont inefficaces, elle devient une ressource précieuse. J'ai dans ce moment-ci sous les yeux plusieurs malades à qui elle rend, sous ce rapport, les plus grands services. Je citerai entre autres un jeune paraplégique à qui le docteur Réveillé Parise en conseilla l'emploi, vu l'insuffisance des lavements et l'état de subirritation des intestins, et qui n'a eu qu'à s'en louer. Deux autres malades, qui étaient placés dans les mêmes circonstances, s'en trouvaient aussi parfaitement bien. J'ai toujours vu, du reste, aux Néothermes, les meilleurs praticiens préférer, dans ces cas-là, la douche ascendante. Les malades eux-mêmes aiment mieux avoir recours à ce moyen qui les fatigue moins, parce qu'ils en graduent les effets à volonté, ce qui est plus difficile dans l'administration des purgatifs. MM. Récamier, Cruveilhier, Cayol, Rayer, Cloquet, etc., se trouvent heureux, dans ces cas-là, d'avoir ce moyen à leur disposition.

La douche ascendante n'agit pas seulement comme stimulant du tube digestif, et n'est pas seulement propre à réveiller les contractions de ses fibres musculaires : lorsqu'on la prolonge pendant un temps assez considérable ou qu'on la répète souvent, elle a une action sédative et antiphlogistique sur le tube intestinal. Elle est réfrigérante, c'est un véritable bain local et interne. Aussi a-t-on eu à s'en louer dans les inflammations chroniques de cet appareil, et ce n'est pas seulement en faisant cesser la constipation qu'elle a été alors vraiment utile, mais en agissant de la manière que je viens indiquer. Je l'ai vue produire de très-bons effets dans un cas d'entérite chronique, avec empâtement du ventre et

Digitized by Google

engorgement des ganglions mésentériques. Le malade, qui recevait des soins du professeur Cruveilhier, était en même temps hypocondriaque. Je serais porté à croire que dans les gastralgies, entéralgies, hypocondries, elle n'est pas sans action sur le système ganglionnaire abdominal.

Ce qui semblerait le prouver, c'est le bien-être qu'éprouvent les malades après son usage, la mollesse du ventre, l'absence de malaise et d'embarras intestinaux. Aussi l'établissement d'une douche ascendante me paraît être indispensable dans une maison d'aliénés. Tous les médecins savent combien ces malheureux sont tourmentés par la constipation. Ce moyen ne contribuera pas peu, surtout chez les hypocondriaques, à faire disparaître ces ardeurs d'entrailles, ces borborygmes, ces souffrances latentes, qui font si souvent leur désespoir.

La douche ascendante a-t-elle une action réelle et efficace dans les cas de rétrécissements intestinaux, et principalement dans ceux du rectum? Je l'ai vu employer dans ces circonstances par MM. Amussat, Récamier et Cruveilhier. Elle a toujours puissamment contribué à amener la liberté du ventre. Je n'ai pas remarqué qu'elle modifiât l'état local des points rétrécis, du moins d'une manière notable. On conçoit toutefois que, longtemps continuée, elle pût produire ces effets sur les rétrécissements dus à une induration chronique purement inflammatoire. Elle favorise aussi la cicatrisation des points ulcérés, et dans les cas de rétrécissement cancéreux, elle calme souvent les douleurs, déterge les surfaces érodées, et facilite la sortie de l'ichor. Les injections, dans ces cas-là, sont souvent insuffisantes pour empêcher le séjour des matières moitié fécales, moitié purulentes, qui encombrent l'intestin et augmentent l'irritation locale. Dans les rétrécissements spasmodiques, elle nous paraîtrait le meilleur moyen qu'on pût leur opposer.

Hallé et Nysten assurent l'avoir vue réussir dans le traitement des affections ulcéreuses du canal intestinal. Ils rapportent aussi le fait suivant : Un cocher très-robuste, après une hépatite aiguë, eut un abcès à la partie concave du foie, qui, après avoir contracté, sans doute, adhérence avec la partie transverse du colon, se vida par les selles. Le malade paraissait rétabli; mais tous les jours, quatre à cinq heures après son repas, il éprouvait un mouvement de colique, immédiatement suivi d'une évacuation purulente. Une petite fièvre, qui se renouvelait le soir avec un léger frisson, accompagnait cet état. On lui fit prendre une douche ascendante d'eau simplement chaude : en huit ou dix jours l'évacuation purulente se tarit, et la fièvre cessa.

Ce fait semblerait prouver qu'elle favorise l'issue des collections purulentes qui se forment assez souvent dans l'abdomen, à la suite de phlegmasies viscérales, et qui ont une tendance à se faire jour à travers les intestins. Ne pourraient-elles pas aussi, par l'ébranlement qu'elles occasionnent dans cette cavité, déterminer, dans certains cas, la descente dans la vessie de calculs retenus dans les reins ou déjà engagés dans l'uretère? C'est à l'expérience à prononcer sur son efficacité dans ce cas, comme du reste dans beaucoup d'autres. Nous sommes obligés, faute de faits, de signaler comme des cas où elle pourrait être suivie des plus heureux résultats, les inflammations chroniques et ulcéreuses du gros intestin et principalement du rectum, la chute ou le relâchement de cet organe, la présence de vers ascarides, quelques cas de fistules, les éruptions syphilitiques ou herpétiques de l'anus, le prurit insupportable dont elles s'accompagnent souvent, enfin les cas de volvulus, de hernie étranglée, et de diarrhée chronique.

Il est bien évident que la force et la nature de la douche devront varier presque dans chacune des maladies que je viens d'énumérer. Je le répète, il est fâcheux qu'on l'ait négligée si longtemps. Je ne doute pas que son emploi ne pût être fort utile dans beaucoup de circonstances; donnée à une température élevée, ou rendue sulfureuse, elle me semblerait encore devoir favoriser singulièrement le flux hémorrhoïdal.

La douche ascendante a paru, à quelques praticiens, être susceptible d'être appliquée au traitement des maladies génito-urinaires de l'homme et de la femme. On y a eu recours dans les affections catarrhales de la vessie, et on en a obtenu quelques bons effets. Puisque les injections simples réussissent quelquefois si bien dans ces cas-là, il est hors de doute que les douches ascendantes doivent avoir le même résultat; et l'on devra les préférer, lorsque les injections seront insuffisantes pour réveiller la force contractile de cet organe. La douche, ayant plus d'énergie, me paraît très-propre à combattre l'inertie ou la paralysie complète du réservoir de l'urine. Je doute qu'on l'ait jamais employée dans ce cas-là. Il est probable encore qu'elle suffirait pour faire disparaître certains rétrécissements spasmodiques de l'urètre, et de même qu'elle finit toujours par faire cesser le spasme des sphincter de l'anus, elle triompherait aussi de la contractilité purement nerveuse, mais quelquefois très-énergique du canal urinaire. Nous la croyons encore utile après la lithotritie, pour laver et débarrasser la vessie du détritus, résultat de l'opération, surtout chez les vieillards.

Ce médicament a encore été préconisé dans le traitement des engorgements de la prostate. Je l'ai vu employer dans ces cas-là, par M. Leroy-d'Etiolles. Les malades s'en trouvaient bien; mais je n'ai pas observé de guérison qu'on pût attribuer raisonnablement à son action isolée. Je crois cependant qu'il

Digitized by Google

peut y contribuer puissamment si on en fait un usage assez prolongé.

M. Lallemand, de Montpellier, a eu plusieurs fois l'occasion de se louer de son emploi dans les cas de spermatorrhée. Je l'ai moi-même conseillé dans une circonstance semblable. Le malade a vu diminuer, sous son influence, les pertes séminales. Ici il peut agir de deux manières, soit en faisant cesser la constipation qui accompagne presque toujours cet état-là, et puis en diminuant l'inflammation chronique des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs, ou bien, comme quelques personnes le pensent, en donnant du ton à ces organes; car c'est peut-être ainsi qu'il agit. On l'administre ordinairement dans cette maladie à une température peu élevée.

L'emploi, chez la femme, de la douche ascendante peut être aussi généralisé que celui des injections. Toutefois, elle a, dans certains cas, une action que les injections ordinaires ne pourraient jamais produire. Ainsi, dans les cas de relâchement ou de chute du vagin et de l'utérus, dans les cystocèles vaginales, nul doute que la douche ascendante seule puisse avoir un résultat satisfaisant, du moins dans la plupart des cas; car les injections agissent d'une manière trop faible. J'ai eu l'occasion d'en observer les heureux effets chez une dame du Béarn, qui, depuis plusieurs mois, était atteinte d'un engorgement du col avec chute incomplète de l'utérus. L'usage des douches ascendantes froides, combinées avec le décubitus dorsal, fit disparaître les deux maladies. Dans les cas d'engorgement et d'ulcérations du col, dans les vaginites simples et ulcéreuses, la douche ascendante devra être préférée aux injections, lorsque la sensibilité du col ne sera pas trop exaltée, et lorsque ces diverses affections présenteront les caractères d'une atonie manifeste. Dans le cas contraire, on pourra l'administrer avec plus de ménagements. Rien n'est plus commun que de voir, dans ces cas-là, les résultats les plus avantageux de cette médication. On devrait peut-être la préférer, le plus souvent qu'on le peut, aux injections, parce que beaucoup de femmes ne savent pas faire ces dernières, comme l'a si bien signalé M. Lisfranc. Il est rare d'ailleurs que les femmes ne se fatiguent point et fassent durer leur injection pendant le temps convenable. J'en ai vu quelques-unes même qui se blessaient. La douche ascendante, au contraire, fatigue moins; elle est toujours bien reçue, puisque une personne qui en a l'habitude est chargée de l'administrer. Enfin, on pourra prolonger son action assez longtemps pour qu'elle puisse modifier avantageusement l'état des parties sur lesquelles on la dirige.

Je terminerai ce petit travail, en indiquant la manière dont la douche ascendante doit être administrée. Si c'est dans le rectum qu'on la dirige, dans le but d'amener l'expulsion des matières fécales, la température de la douche devra être de 25 à 26°. Quelques personnes la supportent à température plus élevée. Il n'est pas nécessaire que la canule pénètre dans le rectum; il suffit qu'elle soit au niveau de l'anus : bientôt la colonne d'eau surmontera la résistance des sphincters et pénétrera facilement dans l'intestin. Cette dernière disposition de l'ajutage a l'avantage d'empêcher que les malades puissent se blesser, et que l'intestin ne soit frappé d'une manière trop énergique; et puis, il rend plus facile l'expulsion des matières fécales.

On pourra, si l'on veut, quoique cela ne soit pas nécessaire, n'ouvrir que progressivement le robinet pour que la colonne d'eau ne produise pas une impression trop grande. Et puis, il faudra avoir le soin, toutes les deux, trois, quatre minutes, quelquefois plus souvent, de suspendre la douche afin que l'intestin puisse se débarrasser, et qu'une quantité trop considérable de liquide ne s'accumule pas dans cet organe; accident qui donne lieu au météorisme du ventre et à des coliques plus ou moins violentes, suivant la quantité d'eau introduite. J'ai vu ces accidents produits d'une manière assez fâcheuse chez un malade atteint de paraplégie et qui avait négligé cette précaution. On devra surtout ne pas la négliger lorsqu'on se servira d'une canule introduite dans l'intestin. Mais l'usage de cette canule n'est pas du tout commode. Il faut l'enlever toutes les fois que le malade suspend la douche; tandis que lorsque l'on se sert simplement de l'ajutage ordinaire, il n'a pas besoin de se déplacer. Quelques personnes ne suspendent jamais la douche; cela n'est pas prudent. D'autres la font durer plus d'une heure; ce n'est qu'exceptionnellement et dans certaines conditions toutes particulières qu'on doit l'administrer ainsi. En général sa durée devra varier depuis dix minutes jusqu'à une demi-heure au plus, suivant l'effet produit et la manière dont elle sera supportée par le malade. Dans les cas de rétrécissement, il sera bon de la prolonger le plus longtemps possible, parce qu'ici on n'a pas seulement pour but de déterminer des évacuations alvines, mais on se propose encore d'agir sur l'obstacle lui-même. Lorsqu'on l'emploiera contre les affections du vagin et de l'utérus, on devra être encore plus prudent, et calculer le volume et la force de la douche d'après la sensibilité des malades et l'état local des parties. En général, elle ne devra pas durer plus de dix minutes à un quart d'heure. Si on agit dans les cas de relâchement, on l'administrera presque froide, à la température de 15 à 20°, par exemple.

Comme on le voit, d'après ces quelques pages, la douche ascendante est un moyen trop négligé, dont l'application n'a pas été faite dans un grand nombre de cas où la théorie semble dire d'avance qu'il pour-

Digitized by Google

rait être utile. Remède héroïque et presque exempt d'inconvénient pour vaincre l'inertie du gros intestin ; puissant auxiliaire dans le traitement des affections chroniques et organiques de cet organe, elle agit avec une efficacité incontestable dans plusieurs des maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Septembre 1840.

Des actions électriques dans l'organisme vivant, et de l'emploi thérapeutique des courants électriques; **par M. J.-B. RICHE, médecin à Obernay.**

Il nous importe de poser comme prémisses les faits suivants :

Tout mouvement moléculaire, quelle que soit sa cause, produit une tension électrique.

Chaque fois que la tension électrique est détruite par la neutralisation, la recomposition des états électriques, etc., il y a production de lumière (phosphorescence) avec ou sans chaleur appréciable, *et vice versa*.

Dans les corps bons conducteurs, la neutralisation est instantanée et par conséquent invariable. Dans les corps mauvais conducteurs, la neutralisation est plus lente et devient sensible à nos sens et à nos instruments.

La tension électrique d'un corps est la somme des tensions électriques de ses molécules.

Chaque fois qu'un courant électrique, traversant un corps, rencontre un obstacle à son passage, il y a production de chaleur. Un courant calorifique produit, dans les mêmes circonstances, un courant électrique. La lumière développe l'un ou l'autre à différents degrés.

Une série alternative de molécules plus ou moins conductrices de la chaleur et de l'électricité produit par cela même un courant électrique ou calorifique.

En somme, électricité, calorique, lumière, ne semblent être que les différents symptômes par lesquels le mouvement moléculaire se manifeste.

D'après ces préliminaires, quels corps dans la nature réunissent plus de conditions que les corps organisés et vivants pour produire la tension et la neutralisation électriques? Organisation vésiculeuse, cellulaire, vasculaire; fluides chargés de principes salins, acides ou alcalins, tenant en combinaison du phosphore, du soufre, des métaux; composition et décomposition incessante depuis les premiers débuts de la vie, jusques et au delà de la mort; circulation du fluide à travers des vaisseaux de toute nature et dans une multitude de directions; consommation d'une grande quantité d'oxygène, condition la plus favorable au développement de l'action électrique; enfin un système nerveux diffus ou centralisé, isolé, transmettant avec la rapidité de l'éclair les impressions du dehors au dedans et les réactions du dedans au dehors. Tout n'est-il pas combiné dans un pareil système pour un maximum d'action moléculaire?

Les poissons électriques ne mettent-ils pas cette action dans tout son jour, grâce aux appareils spéciaux dont ils sont armés?

Mais, dira-t-on, la spécialité de ces appareils prouve qu'ils sont une exception dans le règne animal, et la destruction de ces appareils entraîne l'impossibilité de continuer les décharges électriques. Les faits nous répondront que ces organes ne sont que des condensateurs électriques, que la source de leur électricité n'est point en eux, mais que celle-ci leur est transmise par des nerfs gros et nombreux de la part du cerveau; que les irritations mécaniques ou autres faites sur le cerveau et sur les nerfs, augmentent la fréquence, l'intensité des décharges, et que la section de ces nerfs les suspend.

Faut-il de nouvelles preuves?

Des expériences faites sur des grenouilles ont constaté dans ces animaux l'existence de courants électriques propres, indépendants de tout excitateur étranger. Ces courants produisent des contractions musculaires quand ils vont des troncs aux rameaux nerveux, et des sensations quand ils vont des rameaux aux troncs.

Les chats, les chevaux, les chiens, les hommes même, à la suite de l'insolation, de frictions, d'exercices musculaires, donnent des signes visibles d'électricité; on a vu des décharges électriques avec étincelles s'opérer sur la peau de certaines personnes.

Un électromètre donne des signes d'électricité lorsqu'il est mis en relation avec une personne placée sur un isoloir. Une aiguille de paille armée aux deux extrémités des pôles du même nom de deux aiguilles magnétiques, suspendue par un fil de coton dans une cage de verre, est attirée par l'approche du doigt. Enfin, dans l'opération de l'acupuncture on a pu saisir des signes d'état électrique.

Quelles sont les conditions qui produisent dans les corps des effets électriques aussi sensibles?

Le sang est formé de globules vésiculeux renfermant un liquide dense, coloré, et nageant dans un liquide moins dense qui réunit toutes les conditions de conductibilité électrique.

Au travers des parois vésiculeuses de ces globules, il s'opère sans cesse une endosmose et une exosmose alternatives, qui, comme on sait, sont toujours accompagnées de courants électriques rentrants et

Digitized by Google

sortants. Le sang est donc électrique par sa constitution même.

Le sang est soumis à un mouvement de circulation, il exerce, par suite de ce mouvement, des frottements contre les parois des vaisseaux; nouvelle cause de tension électrique pour le sang et pour les vaisseaux qui transmettent aux rameaux nerveux dont ils sont enlacés leur surplus de tension électrique. Le sang traverse le poumon, se débarrasse de divers produits excrémentitiels, et s'électrise de nouveau par suite de cette élimination; il reçoit l'influence de l'air extérieur avec toutes ses conditions de vitalité, c'est-à-dire de l'air oxygéné, lumineux, possédant une tension électrique variable selon les corps qu'il tient en solution ou en suspension. La chaleur développée par la respiration, la circulation, les contractions musculaires, tend à augmenter la tension électrique par le mouvement qu'elle communique sans cesse à toutes les molécules, et par l'état de raréfaction dans lequel elle tient les fluides liquides et gazeux. Cette chaleur elle-même a sa source dans une immense quantité de décharges électriques qui s'opèrent partout et à tous les instants, et dans les obstacles que rencontrent les courants électriques en passant d'une molécule à l'autre, d'un liquide à l'autre, au travers des cellules, des membranes, des parois vasculaires.

Ajoutons à cette somme d'électricité produite celle qui résulte de la digestion, des sécrétions, des excrétions, des exhalations, et nous n'aurons encore qu'une faible idée du travail de décomposition et de recomposition électrique qui s'opère sur tous les points des corps organisés.

Nous sera-t-il permis maintenant de regarder les nerfs ganglionaires, disposés en réseaux inextricables autour de l'arbre artériel, comme des conducteurs transmettant aux centres nerveux l'électricité développée dans le parenchyme organique? Selon nos idées, cette électricité accumulée et concentrée dans les centres nerveux, dépendante ou indépendante de la volonté, est destinée à la production du mouvement musculaire, à l'entretien d'une température à peu près égale, à la régularisation des actes de composition et de décomposition organique.

Nous admettons avec Dugès, de Montpellier, que la contraction musculaire est le résultat d'une série de décharges qui se succèdent rapidement sur les muscles contractés. La chaleur produite par l'exercice musculaire et la fatigue qui en résulte nous semblent appuyer notre manière de voir; car la chaleur, comme nous avons vu, est le résultat de la neutralisation de l'électricité, et la fatigue le résultat de l'épuisement nerveux.

Les sens nous paraissent aussi des portes ouvertes à l'action électrique se manifestant comme lumière aux yeux, comme ondulations sonores aux oreilles, comme arome à l'odorat, comme agent chimique au goût, comme chaleur ou froid, comme sensation agréable ou désagréable au toucher.

D'après cela, l'organisme vivant ne serait qu'une admirable machine électrique se fournissant à elle-même les matériaux de son activité, obéissant aux lois générales de l'univers et gouvernée par un être immatériel dont l'influence la constitue en individualité organique, en être vivant, voulant et se sentant.

Nous avons dit en commençant que nous ne prétendions point établir d'identité complète entre l'action nerveuse et l'action électrique, nous le disons encore, quoique nous paraissions avoir substitué tout-à-fait l'une à l'autre. Nous ajouterons que l'action nerveuse nous paraît être l'action électrique animalisée, modifiée d'une manière encore inconnue pour nous, mais cependant point assez modifiée pour qu'il n'existe point entre les deux actions nerveuse et électrique de très-nombreux rapports. Produites par les mêmes causes, elles produisent les mêmes effets, seulement la première paraît être comme un perfectionnement de la seconde. Nous comprendra-t-on si nous disons que l'action nerveuse est l'action électrique vivante?

Les centres nerveux étant reconnus comme des organes de concentration électrique au service de la volonté et de l'intelligence, on ne s'avance point trop en admettant que la volonté peut commander certains actes qui ont eu pour but d'augmenter la concentration électrique pour pouvoir par son moyen agir avec plus d'intensité sur tel ou tel organe.

C'est ainsi que, pour produire un violent effort musculaire, il s'opère d'abord une espèce de préparation. Le corps à mouvoir ou à soulever est saisi de la manière la plus convenable; des contractions musculaires ont lieu dans toutes les parties qui doivent servir de points fixes; la respiration est retenue tant pour donner un point d'appui solide aux muscles du tronc, que pour maintenir le sang pendant quelques instants dans les vaisseaux de la tête et de la périphérie du corps; puis, quand tout est préparé, l'effort a lieu par une suite de puissantes décharges sur les muscles qui doivent agir, et la masse à remuer est mise en mouvement.

Les poissons électriques préludent de même à leur décharge par une immobilité momentanée. On pourrait presque dire qu'ils méditent leur décharge; et méditer, dans ce cas, c'est réunir dans les centres nerveux une force suffisante pour ensuite la transmettre aux organes dits électriques et lancer leur fluide sur les ennemis.

Ainsi, dans tous les actes volontaires, il y a d'abord méditation et concentration des forces, puis direction et transmission.

Nous pouvons conclure que l'action nerveuse n'est

Digitized by Google

point autre que l'action électrique vitalement modifiée et soumise à la volonté pour les actes de relation, et à l'instinct pour les actes de nutrition.

Les dérangements de l'innervation peuvent être considérés : 1° comme résultat d'une insuffisante ou trop grande tension électrique; 2° comme effet d'un obstacle apporté à la transmission des courants neutro-électriques; 3° comme dépendants d'une faiblesse de volonté ou d'un instinct dépravé, ou des deux ensemble. (Une éducation morale bien entendue, exerçant la volonté, la dirigeant, la réprimant, lui donnant de l'empire sur le corps et sur chacun des organes en particulier, maintenant l'instinct dans des bornes compatibles avec le bien-être moral et physique, est le meilleur préservatif de cette dernière cause de maladies nerveuses.)

L'électricité est-elle un remède sûr à opposer aux maladies nerveuses? Selon les uns, elle a rendu de grands services; selon les autres, son action est douteuse, incertaine, infidèle, peu durable, toujours ou presque toujours en deçà ou au delà des effets qu'on en attend.

Nous pensons qu'appliquée judicieusement et modifiée selon les cas, l'électricité peut régulariser la tension électrique organique, la ramener à son type normal; nous pensons aussi qu'elle peut franchir ou même enlever certains obstacles apportés à la transmission de l'action nerveuse et rétablir les rapports nécessaires entre les centres nerveux et les organes. Enfin, il est peut-être possible de modifier favorablement par son moyen certaines dégénérescences organiques, causes ou effets de maladies.

Les courants électriques peuvent être employés comme chocs instantanés (bouteilles de Leyde), comme courants émanant de conducteurs de diverses formes, comme séries de petites décharges. On peut constituer le corps en conducteur isolé de l'électriser, soit par influence, soit par transmission, soit par frictions. On peut faire passer des courants dans des bains formés de liquides conducteurs tenant en solution des sels acides ou alcalins. On peut verser l'eau électrisée sous forme de douches. Enfin on peut appliquer à volonté l'électricité vitrée ou résineuse, positive ou négative.

Au moyen des appareils galvaniques on peut soumettre les organes à des secousses plus ou moins rapides, fortes, fréquentes; à des courants intermittents ou continus; à des courants dans lesquels prédomine l'électricité dynamique ou chimique, c'est-à-dire agissant plus par secousses, par effets physiologiques, ou agissant plus par effets de décomposition et de recomposition chimique.

Enfin, à l'aide des appareils électro-magnétiques, on peut transmettre à volonté un courant direct ou un courant induit (courant parallèle dans le sens inverse ou dans le même sens, développé dans des fils métalliques isolés chaque fois qu'il y a rupture ou fermeture du courant direct). On peut, au moyen des courants induits, obtenir des séries de secousses plus ou moins rapides et provoquant de vives contractions musculaires, surtout dans les muscles fléchisseurs. Ce genre d'appareils est préférable à tous les autres à cause de la facilité de les manœuvrer et de les approprier aux forces et à la sensibilité des malades. Peut-être serait-il convenable de faire passer un courant direct en même temps qu'un courant induit? Un couple de petite dimension faisant partie du cercle induit peut produire cet effet.

Enfin on peut, à l'aide de courants électriques, faire pénétrer endermiquement dans l'organisme des substances médicamenteuses, ce qui n'est pas à négliger.

Au moyen de conducteurs appropriés, on peut pénétrer dans toutes les cavités, et par l'acupuncture on peut diriger des courants vers les organes le plus profondément situés.

Depuis que l'on sait que les spires métalliques aimantent des aiguilles d'acier lorsqu'elles sont parcourues par un courant électrique, et qu'un courant électrique est produit dans un spire lorsque l'on y introduit un barreau aimanté, on peut rattacher à l'électricité tout ce qui a été dit de l'action thérapeutique des aimants.

Enfin, il faudra peut-être aussi rattacher à l'électricité animalisée et vivante ce qu'il y a de bien constaté dans les effets du magnétisme animal; par exemple, la sédation et l'excitation produites par les procédés magnétiques. Chaque fois que l'on voudra, comme dans toute expérience physique, chimique ou physiologique, opérer avec précaution, attention, impartialité, persévérance, on produira ces effets. Il ne faut point pour cela une foi aveugle ni de la part du patient, ni de la part de l'opérateur. Un corps organisé aussi bien et mieux que tout autre peut être électrisé par influence ou par contact, au moyen de l'électricité naturellement développée par le corps vivant, que la volonté, au moyen des mains armées ou non de conducteurs, peut diriger spécialement sur telle ou telle partie souffrante. L'expérience devient encore plus facile quand les deux acteurs sont placés sur des isoloirs. Il suffit d'agir sans aucune prétention de produire des effets extraordinaires et merveilleux. Cette prétention a empêché beaucoup de bons résultats.

Il nous reste maintenant à spécifier l'emploi de l'électricité.

Dans les accidents nerveux où il y a excès de tension électrique, contraction permanente et énergique, comme dans le tétanos, dans certains spasmes musculaires partiels, dans les crampes douloureuses, il convient de foudroyer, pour ainsi dire, le malade

Digitized by Google

pour produire par un choc énergique la neutralisation complète des électricités, et la bouteille de Leyde remplit cette indication. L'étonnement et la sédation qui en résultent pourraient aussi être utilisés dans l'épilepsie, la catalepsie, quelques états léthargiques, si toutefois l'on n'a point à craindre la présence de foyers hémorrhagiques, d'abcès ou d'irritation du cerveau et de ses annexes. L'existence d'anévrysmes serait aussi une contre-indication.

Les chocs par induction pourraient aussi être utilisés, excepté cependant dans le tétanos, car on a remarqué qu'ils produisent des contractions tétaniques, et que pour neutraliser la tension électrique il faut un courant direct.

Dans les paralysies locales ou générales où il ne s'agit que de réveiller la contractilité, les chocs par induction sont préférables. Il faut augmenter et diminuer graduellement leur intensité.

Dans les cas de douleurs, d'anesthésie, d'atonie, des aigrettes, des frictions, des bains électriques, l'isolation sont les moyens les plus rationnels.

Lorsque l'on veut agir profondément avec des courants faibles, ou bien lorsque l'on veut cautériser au moyen de la chaleur produite dans des fils métalliques par un fort courant, l'acupuncture est indiquée ; de même lorsque l'on veut produire des effets chimiques de décomposition sur des tumeurs ou dégénérescences organiques.

Dans les cas de mort apparente, d'asphyxie, d'apoplexie non sanguine, l'électro-puncture avec un appareil à intensité dynamique et chimique doit être préférée. Les courants induits ne produisent rien ou peu de chose dans ces cas.

Il faut employer avec beaucoup de prudence les courants à forte action chimique ; on a vu des points gangréneux se manifester sur les parties en contact avec le pôle négatif d'une forte pile.

L'emploi des aimants doit être préféré lorsque l'on n'a besoin que de courants faibles ou lorsque les malades sont pusillanimes, ou bien lorsque l'on veut agir lentement et pendant longtemps.

Nous ne nous étendrons point sur la forme, la dimension, la force des aimants, sur les lieux d'application. Chaque cas particulier exige ses modifications.

Mais nous croyons que, pour obtenir des effets plus sensibles, il faudrait monter sur un axe un puissant aimant en fer à cheval et le faire tourner rapidement de manière à présenter alternativement ses deux pôles aux mêmes parties. Le malade présenterait les points douloureux vis-à-vis et très-près des pôles de l'aimant.

De forts aimants en barreaux disposés à la tête et aux pieds du lit du malade ou bien seulement à l'un des deux ; un fort et long barreau ou faisceau de barreaux placés sous les matelas parallèlement au malade sont aussi quelquefois indiqués. Dans ce cas le lit doit être mis dans la direction du méridien magnétique, les pôles des barreaux parallèles au malade doivent être placés comme ils le sont sur la boussole, et la tête du malade doit être au nord.

L'électricité, comme tous les moyens thérapeutiques, ne convient qu'à certains cas qu'il faut bien préciser. Son emploi doit être varié, gradué, dirigé selon les indications ; il doit être agréable ou du moins non répugnant au malade. Il faut l'employer avec prudence, persévérance et avec des appareils que l'on connaît bien. Il ne faut point en confier l'emploi à des personnes étrangères à la médecine, ni à des médecins qui n'ont fait de cette branche de la physique qu'une étude superficielle.

Les machines à préférer sont celles qui produisent à volonté les deux électricités : la pile simple de Volta, la pile à auges, les couples à courants constants séparés par des membranes, auxquels est joint un appareil électro-magnétique et inducteur ; et enfin la machine électro magnétique de Clarke. Chacun de ces appareils doit pouvoir être modifié selon les besoins, de manière à bien graduer la force des courants.

Revue médicale. — Septembre 1840.

Traitement contre le ténia.

Nos confrères de Hambourg, et particulièrement le docteur Grahl, emploient souvent le moyen suivant pour obtenir l'expulsion du ténia : d'abord, pour amorcer l'ennemi, on fait prendre la veille au malade une soupe préparée avec cent vingt grammes de pain blanc (adjectif important dans une ville de la basse Allemagne) et autant de beurre, le tout cuit dans un demi-litre d'eau. Le lendemain matin on administre :

Pren. : Racine de jalap,
Gomme gutte,
Mercure doux, } de chaq. 35 centig.

Conserve de rose, quantité suffisante pour un bol.

Une heure après, on fait prendre en une fois :

Poudre de racine de.
fougère mâle. . . . 12 grammes.
dissoute dans eau de
fleurs de tilleul. . . 90 grammes.

Peu de temps après, le ver en s'agitant provoque des malaises et des vomissements que le malade calme facilement en se donnant du mouvement. Si,

Digitized by Google

au bout de quatre à cinq heures, le ver n'est pas expulsé, on fait prendre toutes les demi-heures quelques cuillerées d'huile de ricin.

JOURNAL DES CONN. MÉD.-CHIR.—Septembre 1840.

Mémoire sur la blennorrhagie chez la femme, et ses diverses complications ; par le docteur DURAND-FARDEL.

FIN (1).

§ II. *Érosion granulée du col de l'utérus.*

Les lésions du col de l'utérus qui paraissent liées à la maladie vénérienne sont en petit nombre. Nous verrons plus loin que le type de la syphilis primitive, le chancre, s'observe fort rarement dans cette région, où quelques personnes même ne l'ont jamais rencontré.

L'altération la plus fréquente de beaucoup, presque la seule, se présente sous forme de granulation ou d'érosions granulées. Mais la nature de ces érosions, leur valeur comme symptôme vénérien, sont loin d'être appréciées de la même manière par tous les praticiens.

Les érosions granulées, du diamètre d'une tête d'épingle, d'une couleur plus ou moins rouge, occupent tantôt l'orifice du col seulement, tantôt sa lèvre antérieure ou sa lèvre postérieure, tantôt enfin toute la surface du museau de tanche. Quelquefois rapprochées et presque confluentes, d'autres fois en petit nombre et écartées, la muqueuse du col peut demeurer saine entre elles, et naturellement colorée ; le plus souvent, à l'état aigu surtout, elle est d'un rouge vif et saigne avec une grande facilité; cette rougeur peut être limitée au pourtour des granulations, ou s'étendre à tout le reste du col, et même à la muqueuse du vagin.

Cette altération donne à la surface du museau de tanche un aspect inégal et comme raboteux qui contraste avec l'aspect lisse qu'il présente habituellement; mais elle est trop superficielle pour pouvoir être facilement reconnue au toucher.

Il faut en général en avoir déjà constaté la présence, pour trouver quelque différence dans la sensation que donne au toucher un col sain ou couvert d'érosions granulées.

A cette altération se joint toujours un écoulement fourni par l'intérieur et par la surface érodée elle-même du col. Cet écoulement est ordinairement puriforme dans la période d'acuité, et quand l'inflammation du col est vive ; mais quand la maladie passe à l'état chronique, il reprend en général l'aspect transparent et incolore de l'écoulement simplement leucorrhéique ; quelquefois cependant, surtout chez les femmes enceintes, il demeure puriforme pendant un temps fort long.

Ces érosions paraissent débuter par de petites granulations arrondies, saillantes, qui ne tardent pas à s'éroder et à former de petites surfaces creuses et suppurantes. Leur développement se fait quelquefois avec une grande rapidité ; et presque d'un jour à l'autre, un col, d'apparence saine, se trouve couvert d'érosions granulées.

L'inflammation qui les accompagne à leur début cède en général assez promptement; mais la marche qu'elles suivent ensuite n'est pas toujours la même ; dans quelques cas, en effet, on les voit disparaître spontanément et en très-peu de temps ; d'autres fois, au contraire, elles résistent à tous les traitements employés, et demeurent presque indéfiniment. Cela s'observe surtout chez les femmes enceintes, et chez celles qui sont affectées de syphilis ; elles ont aussi une grande tendance à se reproduire après avoir été guéries, et sans cause appréciable.

Lorsque les granulations du col doivent guérir, on voit l'écoulement qu'elles fournissaient diminuer, leur surface s'éteindre peu à peu, se rétrécir, le col reprend sa forme lisse et unie, et il n'en reste plus de traces, si ce n'est une cicatrice mince et facile à déchirer, qui ne tarde pas elle-même à disparaître complétement.

Ce symptôme est d'une grande fréquence, bien qu'il ait encore été peu étudié, surtout dans ses rapports avec les maladies vénériennes. M. Gibert qui en a traité seul, je crois, d'une façon assez complète, dit que sur cinq cents malades, dont il a recueilli l'observation à Lourcine, cent quarante-deux ont offert des érosions granulées du col (1). Dans la grande majorité des cas, cent quatorze fois il a trouvé, joints à ces érosions, quelques symptômes plus ou moins caractéristiques de la syphilis, chancres, tubercules plats, bubons, etc. Dans un petit nombre de cas, elles existaient sans autre symptôme morbide ; chez quelques femmes, même, à peine pouvait-on découvrir la moindre trace de leucorrhée (pag. 11). Aussi cet auteur paraît-il très-porté à regarder cette altération comme incontestablement syphilitique; mais il hésite encore, parce que l'on ne peut nier que l'on ne rencontre, dans beaucoup de cas, de semblables érosions, sans qu'il soit possible d'établir de relations entre elles et une cause

(1) V. le numéro de septembre.

(1) Gibert, sur les ulcérations de la matrice, Revue médicale 1837.

Digitized by Google

syphilitique. Il semble que ce soit une forme d'irritation du col de l'utérus qui se produit par suite de causes de nature très-différente, et sur le développement de laquelle on conçoit l'influence que peut exercer une affection vénérienne. Or, comme la plupart des affections aigues superficielles des organes génitaux reconnaissent une cause vénérienne, il ne faut pas s'étonner de la liaison qui se présente dans la majorité des cas, entre elles et les érosions du col; et je suis très-porté à considérer cette altération du point de vue sous lequel les médecins physiologistes étudiaient tous les symptômes vénériens, et de n'y voir qu'un phénomène d'irritation qui ne présente rien de specifique.

M. Lisfranc (1), Dugès et Mme Boivin (2) n'en parlent nullement comme d'un symptôme syphilitique. M. Ricord reproche à M. Donné de regarder es érosions granulées du col, comme un symptôme primitif de vérole (3); mais le rapprochement qu'il paraît plus loin établir entre les granulations du col, et celles qui président à la cicatrisation des plaies, me paraît peu exact.

M. Gibert regarde les érosions granulées du col de l'utérus comme un symptôme consécutif de vérole. Leur développement se fait de la façon la plus irrégulière : on les voit se montrer, et sous la même forme, à toutes les périodes de la blennorrhagie, et assez tôt pour mériter le nom de symptôme primitif, aussi bien que les tubercules plats, les bubons, etc.

Un fait remarquable, c'est que cette lésion, lors même qu'elle existe à un haut degré, et depuis un temps éloigné, demeure tout à fait superficielle, et sans entraîner consécutivement aucune altération du tissu du col lui-même. Et à ce propos, je ne saurais passer sous silence les résultats que m'a donnés l'observation d'un grand nombre de femmes que j'ai eu l'occasion d'examiner au spéculum, à l'hôpital de Lourcine.

Mon observation portait spécialement sur des femmes de vingt à quarante ans, le plus grand nombre de mauvaise constitution, menant une vie irregulière, atteintes de leucorrhée abondante, d'hystérie, d'affections des organes génitaux, de lésions superficielles du col de l'uterus lui-même! eh bien, je n'ai rencontré que dans des cas excessivement rares ces engorgements du col, ces ulcérations de diverse nature... qui, pour beaucoup de praticiens, servent d'explication au plus grand nombre des souffrances auxquelles sont sujettes les femmes, et qui auraient dû se rencontrer surtout chez les sujets que j'avais à observer. La raison de cette erreur généralement répandue, sur la fréquence extrême des maladies du col utérin, et leur influence sur la santé des femmes, me paraît tenir surtout à une appréciation inexacte de l'état normal du col de l'utérus, et des modifications nombreuses qu'il peut présenter dans ses conditions physiques, sans se trouver pour cela dans un état pathologique. L'usage du spéculum demande surtout une grande habitude; mais, pour acquérir cette dernière, il faut des circonstances spéciales dont beaucoup de praticiens ont été privés. C'est la comparaison seulement et le rapprochement d'un grand nombre de cas qui peuvent permettre de bien savoir distinguer souvent un état pathologique, de modifications insignifiantes du col utérin. Le spéculum, si précieux pour le diagnostic des maladies de l'utérus, aide beaucoup à l'illusion; j'ai vu plus d'une fois, par exemple, prendre pour des cols engorgés ces cols inégaux et bosselés, du reste parfaitement sains, des femmes qui ont eu plusieurs enfants (1).

Je suis heureux de me rencontrer sur ce sujet avec M. Gibert qui a insisté fortement (2) sur l'abus que l'on a fait de l'emploi du spéculum utérin, et les erreurs qu'il a servi à propager.

J'ai été étonné de voir M. Ricord affirmer qu'avec l'inflammation de la membrane muqueuse, il avait souvent trouvé le col de l'utérus hypertrophié, et, dans quelques circonstances, le corps même légèrement tuméfié (3). Il dit ensuite que les ulcérations du col de la matrice peuvent être, dix-huit fois sur vingt, rapportées à l'ulcère saillant, à *l'ulcus elevatum*; souvent ce sont des espèces de bourgeons charnus, des tubercules muqueux, d'autres fois des granulations réunies en groupes...

---

(1) Pauly, Maladies de l'utérus.

(2) Boivin et Dugès, Traité prat. des malad. de l'utérus.

(3) Ph. Ricord, Traité prat, pag. 70.

(1) Les recherches qu'il m'a été donné de faire sur un nombre considérable d'utérus de vieilles femmes à la Salpêtrière, me paraissent propres à confirmer ce que je viens d'avancer. On peut en effet tirer de l'examen nécroscopique des organes des vieillards, des inductions assez précises sur le degré de fréquence de leurs lésions durant la vie. Or, je n'ai jamais trouvé de traces d'anciennes altérations sur les cols utérins de vieilles femmes, si l'on en excepte quelques petites végétations tout à fait insignifiantes de leur orifice; ces cols sont seulement toujours atrophiés, quelquefois un peu allongés, le plus souvent rapetissés dans tous les sens; quelques-uns ont presque totalement disparu; à peu près constamment, une adhérence des parois de la cavité du col, placée à sa partie supérieure, la sépare de la cavité du corps. Quant au corps de l'organe lui-même, il n'est pas rare d'y trouver de vieilles altérations, ainsi des tumeurs squirrheuses, fibreuses, crétacées, pierreuses, ainsi des végétations polypiformes dans l'intérieur de sa cavité...

(2) Mémoire cité, Revue méd., 1838.

(3) Mémoire de l'Acad. de Médecine, 2 février 1833.

Digitized by Google

Les faits que j'ai observés me portent à croire que ces diverses altérations sont beaucoup moins fréquentes que ce passage ne le donnerait à penser. La proportion qu'indique M. Ricord me paraît devoire faire rapporter l'*ulcus elevatum* aux érosions granulées dont je viens de m'occuper; mais la description que j'en ai donnée ne me semble nullement propre à justifier une semblable dénomination. (Voyez sur ce sujet M. Gibert, manuel et mémoire cités.) Je n'ai jamais rencontré sur le col de l'utérus rien qui ressemblât au tubercule muqueux.

§ III. *Chancres.*

Les chancres chez la femme, généralement moins profonds que chez l'homme, se présentent ordinairement sous forme de petites ulcérations superficielles, arrondies peu étendues, souvent multiples. Ils ont leur siége le plus habituel sur les petites lèvres, et surtout à la fourchette. Il ne faut pas oublier qu'ils peuvent se cacher sur tous les points des replis nombreux de la vulve, où il faut quelquefois beaucoup d'attention pour les découvrir. Il faut savoir encore qu'ils peuvent se montrer à une certaine hauteur dans le vagin, et que, dans certains cas, il n'est possible de les voir qu'à l'aide du spéculum.

Des chancres se développent souvent à quelque distance de la vulve, ainsi au périnée, à l'anus, même sur la rainure du sacrum, où sans doute ils sont produits par le contact de la matière de l'écoulement avec la peau très-fine de ces parties. C'est une espèce d'inoculation très-fâcheuse, et que l'on ne prévient qu'au moyen d'une grande propreté. C'est aussi pour cette raison qu'il faut se garder, au début de la blennorrhagie, d'appliquer des sangsues au voisinage de la vulve, quels que soient les signes de l'inflammation locale, la disposition des organes, de la génération chez la femme tenant toujours les parties qui les environnent baignées dans la matière de l'écoulement : j'ai vu résulter de cette pratique des ulcérations de fâcheux caractère, et difficiles à guérir.

Il n'est pas rare de voir des chancres se former sur le clitoris; ils sont souvent, dans cet endroit, difficiles à guérir, et ne disparaissent qu'après avoir complétement détruit cet organe, à la place duquel ils laissent une cavité profonde, cachée sous le capuchon du clitoris.

De véritables chancres se développent parfois aussi sur le col de l'utérus. M. Ph. Boyer doute que le col de l'utérus puisse être affecté de chancres, n'en ayant jamais rencontré chez un grand nombre de femmes qu'il a examinées au spéculum (1). M. E. Delmas n'a jamais vu d'ulcération du col de l'utérus présentant le caractère syphilitique, si ce n'est dans l'intérieur même du col (1); dans ce dernier endroit au contraire, suivant M. Ricord (2), les ulcères peuvent être facilement confondus avec des ulcérations d'autre nature; c'est sur le col lui-même qu'il en a le mieux constaté l'existence. En effet, ce chirurgien a vu, bien que fort rarement, ainsi que M. Gibert (3), des ulcérations sur le col de l'utérus, arrondies, grisâtres, tout à fait semblables aux chancres de la muqueuse génitale externe.

Les chancres m'ont paru se montrer moins fréquemment chez la femme que chez l'homme. M. Desruelles avait déjà fait la même remarque : « La forme ulcérative, dit-il, est moins fréquente chez la femme, ainsi que la forme phlegmoneuse, mais la forme végétative prend des développements plus considérables que chez l'homme (4). »

Les chancres chez la femme paraissent généralement plus faciles à guérir que chez l'homme (Gibert), si ce n'est lorsqu'ils ont leur siége autour de l'orifice de l'urètre, ce qui est loin d'être rare, et où le passage de l'urine détermine une irritation sans cesse renouvelée, qui en rend souvent la cicatrisation fort lente et difficile.

Cependant ces chancres, lorsqu'ils ne sont pas soignés, suivent quelquefois, bien que rarement, une marche envahissante très-rapide; M. Devergie (5) cite une femme chez laquelle un chancre négligé détruisit les grandes et petites lèvres droites, le clitoris, le pourtour du méat et du vagin, et menaçait d'envahir toute la vulve, lorsqu'on parvint à en arrêter les progrès.

On rencontre quelquefois chez les jeunes enfants une affection gangréneuse qui suit une marche à peu près semblable. « Il y a, dit Swediaur, une maladie particulière de la vulve, qui vient d'une cause inconnue jusqu'ici, et à laquelle sont principalement sujettes les jeunes filles dans les hôpitaux d'orphelines. C'est une tache rouge, ou livide, qui s'étend rapidement, et qui corrode les parties molles jusqu'aux os, avec une puanteur insupportable. Je n'ai jamais vu moi-même cette terrible maladie (6) ».

On apporta à l'hôpital de Lourcine, au mois de juin 1837, un enfant de trois semaines, du sexe féminin, portant une eschare large comme une pièce de cent sous sur la grande lèvre droite, occupant tout ce côté de la vulve y compris le clitoris, le méat

(1) Ph. Boyer, Traité de la syphilis, pag. 92.

(1) Gazette médicale 1833, pag. 292.
(2) Gaz. méd. 1833, pag. 310.
(3) Gibert, Manuel cité, pag. 267.
(4) Desruelles, Trait. pratique des mal. vén. 1836, p. 338.
(5) Loco cit.
(6) Swediaur, Des mal. Syphil., tome 1, p. 325.

Digitized by Google

urinaire, et s'étendant sur la cuisse; il s'en exhalait une odeur d'une excessive fétidité. L'enfant était dans un état de maigreur extrême et paraissait souffrir beaucoup. Je sus seulement que sa mère, qui l'avait abandonné à sa naissance, avait une maladie vénérienne. L'enfant languit encore près de trois semaines; la gangrène faisait tous les jours des progrès. Je trouvai à l'autopsie les parties que j'ai indiquées escharifiées profondément, sans autre lésion.

§ IV. *Fissures à l'anus.* — Un symptôme qui accompagne très-fréquemment les accidents vénériens primitifs chez la femme, ce sont les fissures à l'anus. Ces fissures se présentent sous la forme de petites ulcérations allongées, très-étroites, peu profondes, ordinairement cachées au fond d'un des replis longitudinaux de l'anus. Quelquefois, mais rarement, ce sont de véritables chancres; alors elles sont profondes, plus larges, avec un fond grisâtre, des bords plus ou moins épais, d'un rouge vif. Elles ne s'étendent pas en général beaucoup vers la surface cutanée, mais elles montent plus ou moins haut dans le rectum.

Il n'y a souvent qu'une seule ulcération; elle occupe alors presque toujours la partie antérieure de l'orifice anal, et regarde le périnée. Quelquefois on en trouve tout autour de cet orifice.

Ces fissures déterminent ordinairement d'assez vives douleurs, lors du passage des matières fécales, pour peu surtout qu'il y ait de constipation. Souvent elles saignent un peu dans l'acte de la défécation. Cependant j'en ai vu d'étroites et profondes ne révéler leur présence par aucune espèce de douleurs.

L'extrême fréquence de ce symptôme, chez la femme, est remarquable, surtout comparée à sa rareté chez l'homme. Deux causes peuvent servir à en rendre compte. D'une part, des rapports contre nature; d'une autre part, le contact de la matière de l'écoulement vulvo-vaginal, avec la muqueuse anale. Suivant M. Ricord, la pédérastie déterminerait toujours les fissures antérieures, qu'on peut encore appeler périnéales.

Or, sur trois femmes qui m'ont avoué semblables cas, une avait des fissures dans tous les sens; les deux autres avaient un chancre sur la partie latérale de l'anus.

Il me paraît plus naturel, au moins pour le plus grand nombre des cas, d'attribuer les fissures anales au contact de la matière de l'écoulement. Chez les femmes qui ne se nettoient pas souvent, et chez qui se fait un écoulement âcre et abondant, la matière de cet écoulement s'étend sur la face interne des cuisses et le périnée, et les excorie; il n'est pas étonnant qu'elle agisse ainsi sur la muqueuse anale, et probablement la forme des rhagades est due à l'arrêt et au dépôt de cette matière au fond d'un des replis de la muqueuse. Chez quelques-unes de ces femmes, j'ai même vu ces excoriations s'étendre jusque dans le sillon qui répond à l'épine du sacrum. Cela explique du reste parfaitement la prédilection de ces ulcérations pour la partie antérieure de l'anus. Hunter donne précisément la même explication: « *It sometimes happens that the venereal matter from the vagina runs down the perineum to the anus, producing a gonorrhea, or chancres there.* »

Aussi je pense que M. Velpeau a tort lorsqu'il avance que les rhagades à l'anus, résultant quelquefois d'une affection constitutionnelle, dépendent presque toujours d'un contact immédiat, et en particulier des tiraillements, des écorchures, opérés pendant l'acte contre nature (1). La cause que cet auteur a oublié de mentionner me paraît incontestablement la plus fréquente. M. Lagneau (2) ne regarde aussi les rhagades que comme des accidents consécutifs, à moins qu'elles ne résultent des rapports *à præpostera venere*.

On observe souvent chez la femme des excroissances de diverses formes à l'anus, la plupart condylomateuses. Mais tandis que, chez l'homme, elles sont presque toujours un symptôme secondaire, annonçant une syphilis constitutionnelle, on les rencontre fréquemment chez la femme, accompagnant d'autres symptômes primitifs, et en particulier liées à l'existence des fissures anales. En effet, il suffit, suivant M. Velpeau, que le plus petit ulcère survienne au pourtour de l'anus, chez les sujets affectés de syphilis, pour que des excroissances en entourent bientôt l'orifice externe. Il ne faut pas oublier que de même que les fissures qui en sont ordinairement l'occasion, ces condylomes pourront se développer primitivement, sans résulter pour cela d'une cause locale telle que celle que l'on est ordinairement porté à soupçonner. Ces excroissances, du reste, ne m'ont jamais paru rien présenter de particulier à la femme, si ce n'est, comme nous l'avons déjà dit, qu'elles ont presque toujours une forme condylomateuse.

§ V. *Végétations.* — Les végétations qui se montrent parmi les symptômes primitifs, chez la femme, peuvent apparaître sur tous les points de la muqueuse vulvaire, et un peu avant dans le vagin, sur les grandes lèvres, à la partie interne et supérieure des cuisses, au périnée, au pourtour de la vulve partout enfin où s'étend la matière de l'écoulement qui pourrait bien être pour quelque chose dans leur développement. On en rencontre encore, mais plus rarement, au fond du cul-de-sac vaginal et sur le col de l'utérus. Elles se montrent le plus souvent sous forme

(1) Dict. de méd., 2e édit., tom. III, pag. 286.
(2) Lagneau, loco cit., tom. 1, pag. 319.

Digitized by Google

de petites saillies étroites, blanchâtres, se déchirant facilement avec l'ongle. Il est remarquable qu'on ne les voit pas fréquemment accompagner les tubercules plats.

Quelquefois elles s'amassent en grand nombre autour de l'orifice vulvaire qu'elles obturent incomplétement, mais assez pour s'opposer à l'introduction du spéculum, et même du doigt indicateur. Dans cet endroit, elles ont souvent la forme de crêtes de coq, c'est-à-dire qu'elles sont rosées, à base assez large, aplaties sur leurs deux faces, à bord libre arrondi, quelquefois un peu découpé. Il faut prendre garde de les confondre alors avec les caroncules myrtiformes qui, lorsqu'elles sont très-développées, ont souvent avec elles la plus grande ressemblance. Il m'est arrivé plus d'une fois, dans les premiers temps où j'observais ces maladies, de croire affectées de végétations des femmes chez lesquelles l'orifice du vagin était tapissé de caroncules très-développées, bien détachées, vraiment semblables à de petites crêtes de coq. Il est certain qu'il y a des cas où il est nécessaire d'apporter une assez grande attention, si l'on ne veut s'exposer à une erreur grossière.

On peut encore prendre pour des végétations des follicules muqueux simplement hypertrophiés. Ainsi j'ai vu, chez une femme affectée de vaginite, les petites lèvres larges et flottantes, tapissées sur leur face interne d'une foule de petites saillies arrondies, pressées les unes contre les autres ; un pigmentum noirâtre les recouvrait. Il fut aisé de reconnaître que ce n'était autre chose que des follicules très-développés, et nullement une production nouvelle, comme on l'avait cru au premier abord.

Chez les femmes, on rencontre assez rarement des végétations en forme de choux-fleurs, surtout autour de la vulve, car on en voit plus souvent autour de l'anus.

§ VI. *Bubons.*—Moins communs et moins graves chez la femme que chez l'homme, les bubons ne présentent rien de bien spécial chez la première, aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Suivant M. Gibert, il serait plus rare chez elle d'observer le bubon purement sympathique de l'inflammation blennorrhagique. Le fait suivant me paraît un exemple incontestable de cette forme de bubon. Une femme d'une quarantaine d'années, entrée à Lourcine au mois d'avril 1837, nous raconta que, quinze jours auparavant, se trouvant un soir attardée dans la plaine des Sablons, elle avait été rencontrée par trois hommes ivres, aux violences desquels elle avait été obligée de céder. Depuis lors elle avait toujours souffert aux parties, et depuis huit jours, un engorgement glanduleux s'était montré au pli de l'aine gauche. Le pourtour de la vulve, les lèvres étaient tuméfiés, rouges, douloureux au toucher, humectés d'une sécrétion muqueuse peu abondante. Il y avait de la fièvre et de l'insomnie. Sous l'influence de bains, d'émollients et d'un peu de régime, la vulvite disparut au bout d'une dizaine de jours, et au moyen du speculum, dont l'introduction était complétement impossible lors de l'entrée de la malade, on constata un état d'intégrité parfaite de la muqueuse du vagin et du col de l'utérus. La tumeur de l'aine gauche, rouge et volumineuse, à l'entrée de la malade, s'étendant jusque dans la grande lèvre, ne tarda pas à devenir fluctuante, malgré une application de sangsues. Une incision y fut pratiquée, et la guérison s'opéra sans autre accident qu'un décollement des bords de la peau, qui nécessita l'emploi d'un escharotique.

§ VII. *Traitement des complications de la blennorrhagie.* — Je n'aurai pas grand'chose à dire du traitement des diverses complications de la blennorrhagie chez la femme, car, d'une part, il n'existe guère d'indications spéciales pour celles qui sont communes aux deux sexes, et, d'une autre part, les principes généraux que j'ai donnés, à propos de la blennorrhagie elle-même, sont ici tout à fait applicables. Je n'aurais qu'à redire en effet l'importance des soins de propreté et de régime que j'ai indiqués, et la tendance qu'ont ces diverses complications comme la blennorrhagie elle-même, à guérir sous leur seule influence.

C'est aux tubercules plats que ces considérations sont surtout applicables. En effet, la surface étendue qu'ils recouvrent, l'exsudation fétide et abondante dont ils sont le siége, l'écoulement vulvo-vaginal qui les accompagne ordinairement, rend particulièrement indispensable l'emploi répété des bains et des lotions. Pour les sujets ainsi affectés, des bains doivent être pris tous les jours ; des bains de son surtout sont propres à calmer l'inflammation dont ils sont le siége, quand ils sont ulcérés, et celle qui les environne. Lorsque de semblables soins sont administrés convenablement, et surtout à temps, je crois que l'on peut être à peu près certain de voir disparaître promptement les tubercules plats, quels que soient leur nombre, leur volume et leur degré d'ulcération. C'est en général de quinze jours à trois semaines, un mois au plus, que s'opère leur guérison, et ce n'est jamais sans surprise que l'on voit disparaître, en si peu de temps et si complétement, ces masses agglomérées quelquefois dans une telle étendue, et si profondément ulcérées ; et cela, sans moyen thérapeutique proprement dit.

Lorsque leur résolution tarde à se faire, il faut avoir recours à des applications de pommade au précipité blanc, au précipité rouge, d'onguent napolitain. On hâte leur cicatrisation, quand ils sont ulcérés, en les touchant avec le nitrate d'argent fondu, avec une solution légère de sublimé, de sulfate de cuivre, etc. J'ai dit qu'il restait quelquefois, sur les

grandes lèvres, des tubercules indurés, dont la résolution n'était pas très-facile à obtenir. Il faut alors insister sur les applications résolutives, les pommades mercurielles ; un traitement interne est en même temps indiqué.

Les érosions granulées du col de l'utérus disparaissent quelquefois, comme je l'ai déjà dit, sous l'influence de moyens tout à fait insignifiants. Mais dans certains cas elles montrent au contraire une persistance qu'il est difficile de vaincre. Les applications de pommade au précipité blanc ou rouge, les injections de vinaigre rosat, la cautérisation avec la pierre infernale, le nitrate acide de mercure, etc., sont généralement alors employés. M. Gibert accorde beaucoup de confiance aux injections avec la teinture alcoolique de noix de galle ; il est certain que j'ai vu ces injections réussir dans des cas où on avait inutilement essayé beaucoup d'autres moyens.

Les fissures à l'anus guérissent quelquefois d'elles-mêmes. Le plus souvent il est nécessaire de tenir dans le rectum des mèches enduites d'un corps gras. Ces fissures n'étant le plus souvent, comme nous l'avons vu, que le résultat de l'inflammation locale, déterminée par le contact d'un fluide irritant, peu importe de quelle substance seront enduites ces mèches. Lorsque l'on soupçonnera à la blennorrhagie un caractère virulent, ou bien que la guérison de ces fissures se fera longtemps attendre, on les recouvrira d'onguent gris, ou mieux encore de pommade au précipité rouge. En général la guérison de ces fissures ne se fait pas longtemps attendre, bien que dans des cas rares on ait un peu de peine à en obtenir la cicatrisation ; et je ne crois pas que jamais, dans leur marche, non plus que dans les douleurs qui les accompagnent, on observe rien de ce que nous présentent les fissures spontanées.

Je m'arrête ici, car n'ayant entrepris de traiter que des symptômes vénériens aigus et primitifs chez la femme, je ne saurais entre dans plus de détails, sans sortir des limites que je me suis tracées.

IBIDEM.

Aphorismes de chirurgie pratique, tirés des leçons orales de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu; par Bigal, D. M. P., ancien élève de Dupuytren, de 1818 à 1822.

1. Toutes les fractures, quelque simples qu'elles soient, sont accompagnées d'inflammation autour des extrémités osseuses.

2. En général, la gravité des fractures n'est pas proportionnée au nombre des os fracturés. Les accidents sont relativement moins graves dans les fractures multiples existant chez un même individu, que si ces fractures existaient séparément chez plusieurs.

3. Quand le tibia et le péroné sont fracturés en même temps, jamais ils ne le sont vers le même point.

4. Aucune fracture de rotule ne peut être réunie par un cal définitif, qu'après quatre-vingts jours. Le cal provisoire qui a lieu au bout de trente jours dans les autres fractures ne suffit pas ici.

5. Toutes les fois qu'après quarante ou cinquante jours du traitement d'une fracture, le cal devient douloureux, il est près de céder ou il a cédé, et le membre doit se déformer.

6. Les luxations des phalanges sont ordinairement très-difficiles à réduire, beaucoup plus que celles des grandes articulations. La cause peut en être dans la non-déchirure des ligaments latéraux ; mais Dupuytren avait reconnu que c'était surtout le déplacement des tendons, leur sortie des coulisses où ils glissent, qui s'opposait à cette réduction.

7. Les hernies congénitales offrent une disposition particulière dans le siége de leur étranglement; c'est qu'il existe le plus souvent à l'orifice du collet du sac herniaire, et non à l'anneau. Wilmer le dit ; et M. Alanson dit aussi que presque tous les cas où il a rencontré l'étranglement au collet du sac étaient des hernies congénitales.

8. Quand la hernie est étranglée à l'orifice inférieur du canal inguinal, ce canal est vide. Quand il est plein, l'étranglement existe à l'orifice du collet du sac herniaire.

9. L'étranglement à l'orifice du sac herniaire est très-commun, tandis que l'étranglement par l'orifice de l'anneau est une chose rare ; cette opinion n'est pas celle de tous les auteurs.

10. L'observation apprend que les hernies crurales sont beaucoup plus difficiles à réduire que les hernies inguinales.

11. Selon Dupuytren, on ne doit pas différer d'opérer une hernie, quand on a la conviction qu'elle ne pourra être réduite.

12. Quand une tumeur herniaire contient de l'épiploon seulement, on peut beaucoup plus différer l'opération que quand elle est intestinale.

13. Dans le cas où l'intestin est compris dans une hernie depuis trois jours, les vomissements ne sont plus bilieux, ils sont stercoraux.

14. Dans le cas de hernie, toutes les fois que les vomissements cessent pendant l'inflammation, ils cessent parce que la gangrène s'est emparée de l'intestin.

15. Il n'en est pas des anus contre nature qui résultent de la chute de petites eschares, comme de ceux qui sont produits par la destruction d'une anse d'intestin : ces derniers sont permanents ; les pre-

Digitized by Google

miers ne sont que temporaires, et guérissent même en huit, dix, quinze ou trente jours.

16. Il n'est pas d'individus plus insouciants, plus apathiques que ceux affectés de maladies des voies urinaires. Cette remarque générale s'offrait souvent à l'Hôtel-Dieu.

17. Dans les rétentions d'urine, si l'on ne sonde pas le malade, la vessie se distend, ses parois s'enflamment; l'inflammation s'étend au péritoine, et le malade succombe.

18. Dupuytren remarquait que, dans la saison froide, quand le thermomètre descend à quatre, cinq ou six degrés au-dessous de zéro, les malades qui portent des sondes sont plus mal, et plus disposés à la péritonite.

19. Rien de plus difficile que de guérir radicalement une maladie de l'urètre, tenant à une stricture très-grande. Après que le canal a été élargi par l'emploi prolongé de la sonde, il tend toujours à se rétrécir, et la maladie récidive. C'est alors que la cautérisation devient utile parce que l'on obtient par ce moyen une cicatrice *moulée* sur la sonde.

20. Il est des cas où la sonde introduite et maintenue dans l'urètre, au lieu d'être un moyen de guérison, y devient un obstacle : M. Dupuytren citait des exemples de fistules urinaires guéries par la seule cessation de la sonde.

21. Dans les hydrocèles de la tunique vaginale le testicule n'est pas toujours atrophié, comme l'ont avancé quelques auteurs, entre autres le professeur Lassus, dans sa médecine opératoire.

22. A la suite de l'opération de l'hydrocèle par injection, il survient quelquefois des accidents tétaniques; ces accidents s'observent plus souvent dans les climats chauds que dans nos climats tempérés.

23. Il n'y a aucun organe dont le gonflement inflammatoire se guérisse plus facilement que celui du testicule, par les applications de sangsues : mais il faut que l'engorgement soit inflammatoire, et non chronique.

24. Il n'est pas prudent d'opérer le phimosis, d'inciser le prépuce, quand il existe un écoulement, parce qu'il est d'observation que la plaie dégénère.

25. Il est constant que dans tous les cas d'affection au col de l'utérus, la lèvre postérieure du museau de tanche est plus affectée que la lèvre antérieure.

26. Le catarrhe vésical muqueux et le purulent s'observent souvent. On les voit fréquemment passer de l'un à l'autre.

27. Quand un malade a une rétention d'urine qui met sa vie en danger, on doit le sonder. Mais quand il n'y a que de la difficulté ou dysurie, il y aurait de la témérité ou de la folie à vouloir aussitôt sonder le malade avec violence, avec effort; il faut alors seulement introduire des bougies.

28. Toutes les maladies qui résultent du rétrécissement de l'urètre sont toujours le produit de gonorrhées antérieures. Le jet de l'urine diminue par degrés, ainsi que la force de ce jet; puis l'urine ne sort plus que goutte à goutte; enfin, il y a rétention complète. Il survient des callosités dans toute l'étendue du canal; des crevasses se forment derrière l'obstacle; le périnée se distend par l'urine qui s'y infiltre; et c'est alors que l'on est obligé de pratiquer à cet endroit de profondes incisions, et de faire porter des sondes aux malades.

29. On remarque que plus les individus offrent de résistance aux accidents dans les maladies chirurgicales, et plus ceux-ci prennent d'intensité.

30. Les saignements par l'oreille avec résolution des sens relatifs à l'entendement ou au cerveau, annoncent toujours une fracture à la base du crâne.

31. Le hoquet, dans les maladies, n'est ordinairement qu'un symptôme nerveux. Le frisson est plus dangereux; il est toujours le symptôme d'une affection interne.

32. Un état de constipation opiniâtre est l'état le plus voisin du dévoiement.

33. Les malades affectés de brûlures considérables sont presque toujours pris de constipation opiniâtre : on ne doit pas chercher trop tôt à y remédier, car elle n'a pas de grands inconvénients; et quand on la fait cesser, un dévoiement funeste lui succède.

34. On voit quelquefois des individus affectés de brûlures très-larges, succomber en peu de temps des accidents tétaniques.

35. La plupart des individus qui succombent à des brûlures de la surface du corps ont ordinairement la membrane interne de l'estomac et du tube intestinal très-rouge. Il faut donc, pendant leur vie, veiller attentivement à ces parties.

36. Le délire accompagne très-souvent les érysipèles de la face, plutôt que ceux des autres parties.

37. Presque toujours, les chutes sur le coude, lorsqu'elles sont accompagnées de plaie, sont suivies de phlegmon érysipélateux à l'avant-bras et à la main.

38. Le laudanum donné en injection par le rectum est un excellent moyen à employer contre le délire accidentel et passager qui accompagne si souvent les maladies chirurgicales.

39. Il est des inflammations internes qui échappent à la sensation du malade et à l'attention du médecin. C'est pour celui-ci comme si elles n'existaient pas. Mais il n'en est pas de même pour le malade; car, au bout d'un certain temps, cette inflammation latente, ignorée, fait explosion et enlève rapidement le malade.

40. Une chose digne de remarque, c'est que du sang et du pus versés dans le canal intestinal y ex-

Digitized by Google

citent de vives contractions, des coliques violentes, tandis que la bile, liquide fort irritant, y coule sans inconvénient et y sollicite seulement de douces contractions. C'est que la bile a été faite pour l'intestin ou l'intestin pour la bile ; tandis que le sang et le pus, en contact avec cette partie pour laquelle ils n'ont pas été faits, y deviennent causes d'irritation et obligent l'intestin à se contracter fortement et à les expulser.

41. Dans les commotions du cerveau, le traitement doit être : 1° déplétif du système sanguin; 2° révulsif sur le canal intestinal; 3° dérivatif sur la peau.

42. En général, dans les cas d'affection au cerveau, les purgatifs perdent de leurs vertus sur le canal intestinal. On administre quelquefois sept à huit grains d'émétique ou cinq à six onces de sel de Glauber, sans obtenir aucun résultat. Dans ces cas, les purgatifs huileux réussissent bien.

43. Très-communément les plaies de l'oreille, surtout celles qu'on a été obligé de comprimer crainte d'hémorrhagie, sont suivies d'érysipèle.

44. Il existe certaines diathèses inflammatoires individuelles qui font que deux, trois, quatre, cinq inflammations se développent simultanément ou successivement chez le même malade.

45. Les inflammations se propagent d'une manière rapide et étonnante au moyen du tissu cellulaire. On voit des abcès commençant au doigt, s'étendre, en peu de jours, à l'avant-bras, au bras, à l'épaule.

46. Rien n'est si commun que de voir les membranes séreuses s'enflammer simultanément, comme après l'opération de la hernie, etc.

47. Rien n'est plus dangereux que la suppuration qui s'empare de tout le tissu cellulaire d'un membre.

48. La longueur plus ou moins grande du caillot, après la ligature d'une artère, et l'étendue plus ou moins grande aussi de l'inflammation adhésive qui survient aux parois du vaisseau, influent sur l'absence ou sur la présence d'hémorrhagies.

49. Dupuytren avait remarqué que les glandes lymphatiques placées au-devant d'une ligature se réduisent, au bout de quelques jours, à rien ou presque rien.

50. Une chose remarquable, c'est que, chez certains individus, à la suite de l'opération de la taille ou autre, on observe souvent des abcès dans le mollet. On ne peut expliquer ce fait mais il est constant et digne d'observation.

51. Les abcès formés dans certains plis de nos parties sont toujours longs à guérir. Le pus qu'il fournissent a une mauvaise odeur, et s'y trouve toujours en grande quantité. La cicatrice présente souvent des brides, de la défectuosité, etc.

52. A la suite des amputations des membres, il survient souvent des affections de poitrine. Il est utile alors d'appliquer immédiatement un vésicatoire pour produire une dérivation.

53. Les exostoses syphilitiques ne disparaissent pas toujours, quoique la cause qui les a déterminées soit entièrement détruite.

54. On ne voit jamais d'ulcères anciens appliqués aux os, sans que leur nutrition ne soit altérée ou accrue. Ainsi, il y a toujours gonflement aux os.

55. M. Dupuytren est le premier anatomiste qui ait constaté que la mâchoire inférieure est toujours beaucoup moins développée chez la femme que chez l'homme.

56. Rien n'est aussi difficile à guérir que la paralysie du bras, qui survient quelquefois à la suite de la luxation de la tête de l'humérus. C'en est même une des suites les plus fâcheuses pour les malades, et désagréables pour les gens de l'art. Cette paralysie résulte du tiraillement, de la distension, de la compression des nerfs qui forment le plexus brachial. On y oppose les frictions avec les huiles aromatiques, avec la teinture de cantharides, les vésicatoires, les douches de Barèges, etc.; mais souvent inutilement.

57. Dupuytren avait observé que toutes les fibres qui se trouvent placées au voisinage d'une grande désorganisation se coupent avec une grande facilité. C'est ce qu'on remarque dans les amputations pratiquées pour des attritions, des écrasements de membres, etc.

58. C'est une chose bien digne de remarque et bien constante, que les maladies de la partie supérieure du fémur se font sentir au genou; et que celles de l'articulation supérieure de l'humérus se font sentir au coude.

59. Le passage subit de la flexion des doigts à leur extension est souvent suivi de la gangrène de ces doigts. Il ne faut les ramener que lentement à l'extension, quand une cicatrice vicieuse en ayant produit le rapprochement à la suite de brûlures, on a coupé ou fendu la bride. Il faut bien se garder d'exciser cette dernière, comme on le pratiquait autrefois.

60. Rien n'est plus difficile à guérir que les ulcérations situées entre les orteils : ce qui tient au séjour de la suppuration, au mélange de la matière de la transpiration, et au contact habituel des surfaces ulcérées.

61. La carie à la crête de l'os des îles est une cause assez commune d'abcès symptomatiques à la région lombaire ou sacrée.

62. De toutes les caries, les plus dangereuses sont celles du sternum : car, quand une fois elles ont atteint le tissu spongieux de l'os, elles donnent lieu à des fusées de pus, à des abcès et à la mort des malades.

Digitized by Google

63. La suppuration sous le cuir chevelu est un des accidents les plus graves des plaies de tête. A mesure qu'elle augmente, le péricrâne est décollé, altéré, détruit; les os du crâne se nécrosent; la dure-mère s'enflamme; le pus accumulé produit les accidents de la compression et détermine alors la mort du malade.

64. La substitution de la sérosité au pus dans les foyers purulents est en général d'un bon augure : elle annonce toujours la fin de la suppuration.

65. Toutes les fois qu'on voit le pus se coaguler au simple contact de l'air, se concréter comme une matière *suifeuse*, on peut conclure que l'inflammation est de bonne nature.

66. Les individus qui ont une péritonite ont presque toujours les membres ramassés et le corps demi-fléchi.

67. Ce qui rend la consolidation des fractures de rotule difficile, c'est que le tissu fibreux qui doit se prêter à la formation du cal définitif n'existe qu'à la partie antérieure de cet os, et non à sa face postérieure. Le col du fémur est à peu près dans le même cas.

68. Presque toujours les incisions pratiquées dans les parties infiltrées sont suivies de gangrène, et de gangrène très-rapide.

69. Le muscle ne prend la texture graisseuse que quand il cesse d'exécuter des mouvements. A quelque degré de dégénération que soit parvenu un muscle, aussitôt que la maladie a cessé et que les mouvements s'exécutent, ce muscle reprend bientôt sa nature fibrillaire et charnue.

70. Il est des individus tellement susceptibles de l'action du mercure, qu'ils salivent très-abondamment à la suite de quelques légères frictions. Il en est d'autres que l'on frictionnerait pendant un mois, six mois, un an même, sans qu'il survienne de salivation. Dans ces cas, il est toujours prudent d'interroger la sensibilité du sujet, afin d'y proportionner la dose de l'onguent mercuriel double, et afin aussi de s'éviter des reproches de la part des malades.

71. La péritonite qui s'unit à la tympanite guérit plus souvent que la péritonite aiguë sans tympanite.

72. La ponction de l'hydrocèle n'est presque jamais suivie d'accidents. Celle de l'hématocèle en est souvent accompagnée; quelquefois même, dans ce cas, les accidents sont assez violents pour entraîner la mort des malades.

73. Quand les parties sont enflammées, elles cèdent facilement sous les ligatures. Quand elles ne le sont pas, elles résistent comme le tissu cellulaire.

74. On voit souvent les abcès à la marge de l'anus ou au périnée être le symptôme de la phthisie pulmonaire.

75. Chez les phthisiques, il faut bien se garder d'opérer la fistule à l'anus : car, lorsqu'on l'opère, la maladie de poitrine fait des progrès.

76. Quand, à la suite d'une opération sur le bas-ventre, un malade se plaint d'oppression, d'étouffement, de douleur derrière le sternum, qu'il rapporte, lui, à l'estomac, tout porte à croire qu'il existe une péritonite. De même aussi la contraction des parois abdominales est un signe certain d'inflammation au péritoine ou à l'intestin.

77. On voit dans les hôpitaux des malades affectés d'abcès successivement dans presque toutes les parties du corps, sans inflammation locale ni générale préalable. C'est bien là une preuve de *diathèse purulente*. On pourrait dire que du pus peut se faire sans inflammation !

78. M. Dupuytren faisait remarquer que l'érysipèle qui s'étend à toute la face dorsale du pied est toujours à redouter, parce que, se terminant par suppuration, il en résulte le décollement de la peau, la dénudation et l'exfoliation des tendons.

79. Quand une inflammation survient dans un tissu sain, elle parcourt ses périodes et tombe. Mais quand elle arrive dans un tissu malade, elle passe à un état chronique et entraîne des désordres interminables.

80. Les inflammations déterminent quelquefois des altérations de la cornée, quelquefois des altérations de la sclérotique; plusieurs altérations successives viennent ajouter à l'altération organique des parties, et produisent le carcinome de l'œil, ou sa dégénération organique cancéreuse.

81. C'est presque toujours dans la membrane cristalline que se forme la cataracte chez les jeunes sujets. Chose remarquable, chez les vieillards c'est le corps même du cristallin qui est cataracté. Cette observation est due à Dupuytren.

82. C'est une chose connue de tous les praticiens, que tous les abcès auxquels donne lieu la petite vérole existent entre le périoste et l'os, avec *gonflement de l'os, puis formation de séquestre* : mais, dans le plus grand nombre des cas, cette cause produit seulement un *gonflement de l'os avec dénudation*. On confond souvent ces deux cas qu'il est important de distinguer.

83. Toutes les fois qu'on voit se produire sous forme chronique une inflammation violacée du bout des doigts; toutes les fois qu'à la suite des incisions faites il survient un gonflement et une tension considérables, avec étranglement, des ouvertures fistuleuses, etc., nul doute qu'il n'existe une nécrose des tendons, et que leur exfoliation doit se faire; ils sont tout à fait désorganisés, et sortent par portions plus ou moins longues. Après leur sortie, les fistules

Digitized by Google

se ferment, la tension inflammatoire se dissipe peu à peu, et l'on voit le doigt reprendre son état naturel.

84. L'érysipèle ambulant se termine ordinairement par des abcès. Ces abcès se forment presque sans douleur et comme à l'insu des malades. C'est une image de ce qui se passe quelquefois à l'intérieur : des inflammations internes naissent, croissent, se développent et se terminent par suppuration, sans qu'il se manifeste de douleur, de fièvre, ni même quelquefois aucun symptôme extérieur.

85. Dupuytren a observé le premier que les extrémités articulaires sont susceptibles de perdre leurs cartilages et la synoviale, sans être frappées de carie : les surfaces osseuses correspondantes se raient, prennent le caractère *éburné*.

86. On confond souvent (en ville), disait Dupuytren, les fractures diverses qui affectent l'avant-bras. Cependant il est essentiel de les distinguer pour le traitement et ses suites. La fracture la plus fréquente de cette partie du membre supérieur est celle du radius; vient ensuite celle des deux os de l'avant-bras; et, enfin, la plus rare est celle du cubitus. Les fractures suivent cette gradation à l'avant-bras. Il faut toujours avoir l'attention de placer deux compresses graduées sur chaque face, palmaire et dorsale, de l'avant-bras, des attelles et une bande roulée : Ce bandage a l'avantage de tenir les deux fragments écartés et de conserver l'espace inter-osseux.

87. Il existe plusieurs effets résultant de la chute sur les pieds. Premier effet, chute sur la pointe du pied : fracture de plusieurs têtes des os métatarsiens; deuxième effet, chute sur les talons, écrasement, broiement du calcanéum; troisième effet, rupture ou déchirure de la voûte du pied, par suite de rupture des ligaments; les malades sont alors exposés à avoir le *pied-plat;* quatrième effet, déplacement de l'astragale; cinquième effet, écrasement des extrémités des os qui forment l'articulation de la jambe avec le pied.

88. La fracture de la partie supérieure du péroné est toujours une fracture *directe*, et *jamais par contre coup*, comme le disait Pouteau. A la suite de cette sorte de fracture, les malades peuvent marcher. Elle diffère beaucoup de la fracture de la partie inférieure de l'os, par la cause, par le déplacement qui n'existe pas, et par le traitement qui se borne au repos.

89. Beaucoup de praticiens prennent la fracture de l'extrémité inférieure du radius pour la luxation du carpe en arrière, et la maladie est ainsi méconnue pendant toute la durée de la formation du cal. Alors on remarque : saillie du carpe en arrière, et du radius en avant; saillie du cubitus vers le côté externe de l'avant-bras; enfoncement du radius *comme par un coup de hache ;* effacement de l'espace inter-osseux si nécessaire aux mouvements de rotation !

90. Il est une espèce de luxation de l'humérus fort difficile à réduire, c'est celle en dedans et en haut, produite ordinairement par une chute dans un escalier. Le déplacement a une étendue considérable : la tête de l'humérus touche la clavicule; elle se trouve au-dessus du niveau de l'apophyse coracoïde. Dupuytren a déterminé, par des expériences cadavériques, que le principal obstacle à la réduction, c'est que le bec coracoïdien s'engage souvent dans l'épaisseur de quelque tendon ou muscle, et alors aucun effort mécanique ne peut surmonter la résistance.

Il est très-remarquable que les fractures de la malléole interne, celles de la malléole externe et de l'olécrâne, ainsi que les fractures longitudinales de la rotule, se consolident très-bien et en fort peu de temps, tandis que celles du col du fémur et celles de la rotule en travers ne se consolident qu'avec une extrême difficulté et une extrême lenteur.

IBIDEM.

Affection cancéreuse de la langue guérie à l'aide de la ligature placée du côté de la région sub-hyoïdienne; par M. ARNOTT, chirurgien à l'hôpital de Middlesex.

Anne Hayward, âgée de quinze ans, a été reçue le 8 mai 1838, pour être traitée d'une tumeur de la moitié droite de la langue, faisant saillie aux faces supérieure et inférieure de cet organe, s'étendant depuis la pointe jusqu'à la base et à l'isthme du gosier, et latéralement sur l'arcade dentaire correspondante. La compression qu'elle exerçait sur l'autre portion de la langue avait considérablement diminué le volume de celle-ci. La tumeur a le volume et la forme d'un œuf de poule; sa surface est irrégulière, sa couleur pourprée, et sur quelques points gris-jaunâtre, avec effusion de lymphe sur toute la muqueuse qui la couvre. En arrière, sa superficie est couverte d'excroissances verruqueuses. En avant, elle offre un aspect vésiculeux par suite de l'effusion séreuse dans le tissu papillaire. Sa substance est solide, compacte et rénitente à la pression. La malade y accuse des douleurs qui s'irradient jusqu'à l'oreille. Quelquefois un peu de sang s'écoule de sa surface rugueuse lorsqu'on la frictionne légèrement, mais il s'arrête de lui-même. Les ganglions lymphatiques environnants ne sont pas gonflés; la santé générale, du reste, est assez bonne; la jeune personne n'est pas encore réglée.

Le commémoratif des parents a appris que la maladie avait commencé neuf ans auparavant, par une tumeur de couleur bleue, du volume du bout du doigt, déclarée à la superficie de la langue. Cette tumeur était restée stationnaire jusqu'à l'époque de six semaines avant l'entrée de la malade à l'hôpital; alors elle a pris subitement de l'accroissement à l'occasion de quelques pilules qu'on lui administra pour la guérir d'accès convulsifs. On a essayé l'usage de l'iodure de potassium intérieurement, mais sans avantage; puis l'extrait de jusquiame sans plus de profit; localement, des émollients, puis des astringents avec le nitrate d'argent. Ce dernier remède soulageait beaucoup de la douleur, la malade en demandait souvent l'application, mais la tumeur a continué sa marche; son volume est devenu assez considérable pour remplir la cavité buccale et toucher en haut la voûte palatine, en bas le plancher maxillaire; sa longueur est de deux pouces et demi, sa largeur d'un pouce et demi, sa hauteur d'autant. La moitié saine de la langue est réduite à une ligne très-étroite. En faisant cependant tirer la langue au-dehors et en la poussant à gauche, on peut, avec le doigt, tracer exactement les limites de la tumeur et les points correspondants aux tissus sains de la partie; seulement, en haut; on ne pouvait pas passer le doigt entre la tumeur et le palais, vu la présence des excroissances verruqueuses; en arrière, on ne pouvait non plus préciser les points de terminaison, ni en bas, à cause des adhérences. La partie malade cependant était mobile, et il y avait apparence que la base de la langue fût comprise dans l'affection.

Dans ces entrefaites les règles se sont déclarées, mais la santé de la malade a été en empirant; elle est devenue pâle, et sa physionomie exprime la souffrance. L'opération ayant été décidée, elle a été pratiquée le 6 juin, de la manière suivante :

La malade a été assise, la tête renversée modérément en arrière. Le chirurgien sent l'os hyoïde et fait sur celui-ci une incision de haut en bas, de la longueur d'un pouce et demi, sur la ligne médiane, intéressant le derme, le tissu cellulaire sous-cutané et le raphé des muscles milo-hyoïdiens. Il saisit alors la langue avec une airigne, vers son sommet; la tire tout à fait en dehors par les lèvres, et la fait tenir par le docteur Mayo. Prenant ensuite une forte aiguille à manche, œillée à sa pointe, il l'introduit par la plaie dans le pharynx, et perfore la base de la langue, un peu à gauche de la ligne médiane. Une airigne sert à tirer l'anse du fil de l'aiguille, qu'on fait sortir par la bouche; l'aiguille est retirée par la plaie et entraîne un des chefs du fil. L'anse ayant été coupée, il en est résulté deux ligatures : l'une a été appliquée le long de la face supérieure de la langue de manière à circonscrire la maladie à gauche, et a été enfoncée dans la pointe de cet organe, moyennant une forte aiguille courbe plongée de haut en bas. On a disposé de la même manière l'extrémité buccale de l'autre fil, au côté droit de la tumeur, le long du plancher de la bouche. L'aiguille a été fixée à un porte-aiguille, on lui a fait parcourir à droite le plancher de la bouche; l'on dépasse la dernière dent mollaire et on la fait sortir par la plaie du cou. Les quatre chefs des deux ligatures se trouvaient ainsi sortir par la plaie. Une des anses embrassait la moitié droite de la base de la langue et comprenait la limite postérieure de la tumeur; l'autre anse était longitudinale, parcourait la base supérieure de la langue longitudinalement et obliquement en bas. Les ligatures ont été serrées le plus possible, et la masse morbide s'est trouvée circonscrite dans tous les sens. Une troisième ligature cependant a été placée au sommet de la langue pour la limiter aussi de ce côté des parties saines.

La malade a supporté toutes ces manœuvres avec un courage rare. Peu d'instants après, la masse morbide est devenue profondément livide; la seconde ligature, c'est-à-dire longitudinale, a rendu plus proéminente supérieurement la masse morbide, et la portion saine de la langue qu'on voyait auparavant comme une bandelette, s'est renversée en dessous, de sorte qu'on ne peut l'apercevoir qu'à peine; enfin la langue est devenue immobile, et la malade n'a pu articuler un mot ni déglutir. Elle a été de suite couchée, et on lui a donné un lavement opiacé; la douleur de la ligature était intense.

Le soir, la douleur avait diminué, elle se faisait surtout sentir vers l'oreille et dans la mâchoire; les fomentations opiacées chaudes la soulagent. Bientôt après la portion saine de la langue a commencé à se tuméfier et à se dessécher. La malade prend des boissons froides pour apaiser la soif, du lait délayé avec de l'eau introduit dans l'estomac à l'aide d'une sonde œsophagienne. Des aliments ont été introduits ensuite de la même manière pendant les premiers quinze jours. Le gonflement, la salivation et la fièvre ont été heureusement combattus à l'aide de purgatifs; des lotions d'eau de chaux ont bien servi pour déterger la bouche.

Le second jour de l'opération, la portion de la langue comprise entre les ligatures est devenue noire, molle; plusieurs lambeaux ont commencé à se détacher. Les trois jours suivants, ce travail éliminatoire a continué; on a excisé plusieurs lambeaux; une eschare s'est déclarée à toute la surface; la masse de la tumeur paraît mortifiée; elle donne du sang quand on la gratte avec l'ongle. On essaie de compléter l'étranglement à l'aide d'une canule introduite dans la plaie du cou, dans laquelle on avait fait passer les fils. Cette canule a été poussée jusqu'à la base de la langue; les fils ont été liés sur

elle, puis tordus; mais cela n'a pas produit le résultat qu'on en attendait.

Le onzième jour, les parties offraient l'état suivant : la portion malade de la langue était complétement séparée de la moitié saine par une profonde gouttière qui donnait à l'organe la forme bifurquée. Cette gouttière s'étendait jusqu'à la base et comprenait toute l'épaisseur des tissus. La tumeur avait diminué de volume par suite de la chute de l'eschare superficielle; elle n'avait plus l'aspect vésiculeux ni verruqueux; sa couleur était rouge mate, sa consistance solide et rénitente, dure postérieurement; vers le milieu de son bord dentaire la masse est luisante; sa surface supérieure est irrégulière et ulcérée.

Entre la portion saine et la portion malade de la langue un bourgeonnement de bonne nature était visible, et les deux parties commençaient à se réunir de nouveau ensemble. Il était évident que la tumeur était alimentée par les vaisseaux du plancher. On reproduit la séparation à l'aide d'un stylet qu'on y a passé; puis une anse de fil d'argent, pliée convenablement, a été glissée dans la gouttière, de manière à cerner la tumeur; les chefs ont été serrés au dehors par la plaie du cou, engagés dans une canule à polype et serrés convenablement. La tumeur est tombée le cinquième jour de cette opération (dix-septième jour de la première.) La cicatrisation a marché régulièrement, et le 10 juillet la malade était tout à fait guérie, et a quitté l'hôpital. Depuis lors, elle s'est fait visiter plusieurs fois, et la guérison ne s'est point démentie.

« Ainsi que nous l'avons dit, la pointe de la langue et le côté droit qui étaient sains, n'avaient point été compris dans la ligature. Pendant quelque temps la malade n'a pu distinguer la saveur des substances qui venaient au contact de l'extrémité de la langue, et à chaque instant elle était exposée à se pincer le bout de la langue entre les dents. Ces deux inconvénients cependant ont disparu quelques mois après; mais il en était resté un troisième, qui a fini aussi par disparaître à la longue : c'était l'introduction d'une partie des aliments dans le creux laissé par l'enlèvement de la demi-langue, et auquel la malade remédiait en y passant le doigt de temps en temps. La langue cependant n'est pas mobile comme dans l'état normal, à cause de la cicatrice qui la bride le long du plancher buccal; la malade ne peut pas la faire sortir au dehors, ni en deçà du niveau des dents; cependant ses fonctions s'exécutent assez bien, la parole est seulement comme celle des personnes qui balbutient. »

(*Médico chirurg. Transact.*, *t.* XXIV, 1839.)

— Il est curieux de rapprocher ce fait d'un autre analogue qui se passait vers la même époque, à la clinique de M. Regnoli, à Pise. Il s'agit également d'une jeune personne âgée de quatorze ans, non encore réglée, de constitution scrofuleuse. Elle portait sur la langue une tumeur du volume d'un œuf de poule, s'étendant depuis le tiers antérieur de l'organe jusqu'à sa base, envahissant toute l'arrière-bouche et le gosier. Sa limite postérieure ne peut être d'abord discernée; mais le doigt porté dans cette partie fait connaître que la tumeur s'arrête à la base de la langue. Toute l'épaisseur de cet organe est comprise dans la tumeur; celle-ci proémine du côté de l'os hyoïde à gauche. Sa surface est granulée sur plusieurs points; elle donne du sang pendant la mastication et les attouchements du doigt. La masse est dure, bosselée et indolore au toucher. La mastication, la déglutition, la parole et la respiration étaient tellement gênées que la malade était souvent menacée de suffocation.

M. Regnoli l'a opérée de la manière suivante : la malade assise sur une chaise, l'occiput appuyé contre la poitrine d'un aide, le chirurgien pratique avec un bistouri convexe une incision sur la peau du cou, s'étendant depuis la symphyse du menton jusqu'à l'os hyoïde et dans la direction de la ligne médiane. Il fait ensuite deux autres incisions, l'une à droite, l'autre à gauche, lesquelles commencent à l'extrémité mentale de la première et se prolongent dans la direction de la base de la mâchoire jusqu'au bord antérieur du masséter.

Il résulte des trois incisions une lettre T, et par conséquent deux lambeaux, comprenant la peau, le tissu cellulaire et le muscle platismo-hyoïdien. La couche musculaire sous-jacente est en évidence. M. Regnoli quitte le bistouri convexe et en prend un droit, qu'il enfonce derrière la symphyse du menton et en fait sortir la pointe dans la bouche. Il retire alors ce bistouri et en enfonce un boutonné dans cette ouverture, qu'il fait promener d'avant en arrière en rasant l'os maxillaire, d'abord d'un côté, puis de l'autre. Tout le plancher buccal s'est trouvé par là pourfendu et largement ouvert. L'opérateur prend la pointe de la langue à l'aide d'une pince de Muzeux et la tire au dehors par la brèche sous-maxillaire; toute la langue et la tumeur sont de la sorte transportées à la face antérieure du cou. Il entoure la base de la tumeur de plusieurs fils afin de prévenir l'hémorrhagie des artères linguales, bien qu'il eût été facile de les lier isolément. Pour cela il s'est servi d'une longue aiguille courbe qu'il a fait passer dans la masse musculaire gauche, y comprenant l'artère linguale. Une seconde ligature a été passée à la partie postérieure de la tumeur, y comprenant la substance de la langue, parallèlement à l'os hyoïde; l'autre artère linguale a été liée également en masse.

Après avoir entouré ainsi de ligatures toute la circonférence de la tumeur, M. Regnoli a excisé

Digitized by Google

toutes les parties placées en-deçà des fils, par de petits coups de ciseaux. Deux ou trois petits boutons de feu ont été appliqués sur le moignon restant ; puis cette partie a été introduite dans la bouche, la plaie fermée en partie, les fils sortant par celle-ci. La pièce pathologique comprend la presque totalité de la langue et la tumeur. Celle-ci est de nature fongueuse, blanchâtre, analogue aux tissus scrofuleux. Guérison.

Le moignon restant s'est hypertrophié et a remplacé toutes les fonctions de la langue, sans excepter celle de la parole. (Bullettino delle Scienze mediche di Bologna, 1838). On ne comprend pas trop cependant pourquoi M. Regnoli a pratiqué une plaie aussi énorme pour lier la tumeur et la langue en masse. Dans le cas de M. Arnott, la plaie du cou était indispensable pour bien lier la moitié de la langue, sa limite, postérieurement, ne pouvant probablement pas être atteinte exactement par la voie labiale ; mais dans le fait de M. Regnoli, il s'agissait de lier toute la langue en masse, et l'on aurait peut-être pu se dispenser de fendre le plancher. Au surplus, une plaie beaucoup plus petite aurait probablement suffi dans cette partie. Sans doute que quand il y a menace de suffocation, il serait convenable de ne pas laisser en place la tumeur liée ; car son gonflement pourrait entraîner des accidents graves ; mais ne pourrait-on pas, après la ligature, en exciser une grande partie par l'ouverture naturelle de la bouche, et se passer tout à fait de la plaie sous-maxillaire ? C'est une question dont la solution mériterait d'être soumise à l'expérience.

GAZETTE DES HÔPITAUX.—Septembre 1840.

Observation nouvelle sur la guérison des fissures à l'anus par le monésia ; par le docteur PAYEN.

M. Payen est un des médecins qui se sont occupés le plus de l'application de cette substance. C'est surtout dans quelques ulcérations du col de l'uterus et dans le traitement des fissures à l'anus que le monésia a paru être très-utile. Nous devons déjà à M. Payen plusieurs observations relatives à ce sujet. Dans l'article dont il s'agit actuellement, l'auteur cite une observation qui prouve l'efficacité de la *monésine,* principe actif du monésia, dans le traitement des fissures à l'anus. Chez une malade qui avait deux fissures à l'anus, M. Payen recouvrit avec cette substance la surface de l'une des fissures, en laissant l'autre intacte. Cette application produisit une douleur assez vive, et fut suivie de la formation d'une couche grisâtre, pultacée, analogue à celle produite par le nitrate d'argent. On revint sur l'application de la *monésine*, et au bout de douze jours la fissure était entièrement cicatrisée, tandis que l'autre restait toujours à peu près dans le même état. Ce succès encouragea M. Payen à employer le même moyen pour guérir la seconde fissure, et cette fois-ci, comme la première, sa méthode a été couronnée d'un succès complet. M. Payen engage à faire pénétrer une portion de la mèche presque au fond de la fissure ; il conseille en outre de ne pas appuyer contre celle-ci en retirant la mèche : sans cette précaution, on risque souvent de produire la déchirure de la cicatrice naissante.

GAZETTE MÉDICALE.—Août 1840.

Tumeur développée dans les parois de l'utérus.

Opération pratiquée par M. AMUSSAT, assisté de MM. LUCIEN-BOYER, FILHOLS et LEVAILLANT, et avec l'assentiment de MM. RÉCAMIER et RIBES. Observation recueillie, par M. TROUSSEL (1).

Madame L***, originaire de Normandie, domiciliée à Paris depuis plusieurs années, de taille moyenne, bien proportionnée, n'avait jamais été sérieusement malade, s'était mariée jeune, avait eu trois enfants et fait deux fausses-couches ; lorsqu'en 1837, ayant alors quarante-cinq ans, elle remarqua quelques dérangements dans ses règles qui étaient plus abondantes et revenaient plus souvent et moins exactement. Elle ne fit pas d'abord grande attention à cette circonstance, l'attribuant au commencement de l'âge critique. Mais au bout de quelques mois survinrent de véritables pertes, qui, en lui causant de la faiblesse, commencèrent à l'inquiéter. Dans l'été de 1838, elle se décida à me consulter à ce sujet. Déjà son teint était pâle, un peu jaune ; elle éprouvait un ensemble de malaises qui me fit présumer que les hémorrhagies qui s'étaient manifestées avaient pour cause quelque lésion de la matrice. Le toucher confirma mes doutes : je trouvai l'utérus volumineux comme dans un commencement de grossesse, et assez abaissé pour que le doigt atteignît promptement le col. Celui-ci était effacé, et son orifice vaginal dilaté de manière à recevoir le bout du doigt indica-

(1) Il a déjà été parlé de cette opération dans le dernier cahier de l'*Encyclographie*, p. 215 ; néanmoins nous avons cru convenable de la reproduire avec détail. (N. du Réd.)

Digitized by Google

teur, c'est-à-dire de la largeur d'une pièce d'un demi-franc. À travers cette petite ouverture, je pus toucher distinctement un corps lisse, un peu arrondi, paraissant insensible à la pression. Le doigt, introduit à la profondeur de quelques millimètres, se trouvait entouré en partie par le bord du col utérin très-aminci. Mais le corps étranger saillant au-dessus du col, me parut adhérer intimement avec la partie postérieure de celui-ci, et se confondre avec la lèvre postérieure.

J'appelai en consultation un de nos célèbres accoucheurs, qui déclara qu'il existait un polype de mauvaise nature, encore entièrement renfermé dans la cavité utérine et se confondant avec la paroi postérieure du corps et du col de la matrice ; qu'aucune opération n'était indiquée ; que tout portait à craindre une dégénérescence carcinomateuse ; et qu'on ne pouvait proposer qu'un traitement palliatif, tendant à combattre les accidents, à soutenir les forces et à éloigner l'issue d'une maladie qui, en quelques mois, devait causer la mort.

Cependant les pertes sanguines n'étaient pas continuelles. Il y avait des intervalles de plusieurs semaines, de plusieurs mois. Cette femme, tout en s'affaiblissant, maigrissant, pâlissant, n'éprouvait point de douleurs lancinantes, n'avait pas d'écoulements fétides, dans l'intervalle des hémorrhagies. Mais elle était fatiguée par des dégoûts, des envies de vomir, des tiraillements dans la région lombaire, des lassitudes dans les membres inférieurs, une sensation d'embarras, de gène dans le bassin, des envies fréquentes d'uriner. La partie inférieure de l'utérus paraissait de plus en plus volumineuse, le vagin diminuait de longueur. Le fond de la matrice proéminait davantage au dessus du pubis, son col s'élargissait, tout en offrant la même disposition que j'avais constatée lors de mon premier examen. Le moindre exercice ramenant l'écoulement du sang et devenant de plus en plus pénible, cette femme ne sortait presque plus. Sa constitution se détériorait graduellement, ses digestions devenaient de plus en plus difficiles, les pertes sanguines revenaient, et plus fortes et à des intervalles plus rapprochés ; elles étaient suivies d'écoulements blanchâtres, séreux. Tout en appréhendant le retour des hémorrhagies, à cause de l'affaiblissement général qu'elles occasionnaient, cette dame disait qu'elle se sentait soulagée après chaque perte abondante.

Près de deux années se passèrent dans cet état. Les pertes de sang paraissaient s'éloigner ; mais dans les mois d'avril et mai 1840, il survint un écoulement blanc tellement abondant que la malade en fut effrayée ; elle craignit d'être décidément atteinte d'un cancer de la matrice, et consentit à un nouvel examen. C'était dans les derniers jours du mois de mai : le toucher me fit reconnaître que les choses étaient toujours à peu près dans le même état, si ce n'est que le col me parut notablement plus dilaté, et que la portion de la tumeur que je pouvais explorer était saignante ; examinée à l'aide du spéculum, elle me parut être blanchâtre et me donna l'idée d'une surface ulcérée cancéreuse. Toutefois, eu égard à la marche de cette maladie, à l'absence des symptômes caractéristiques des affections carcinomateuses, et, nonobstant la teinte jaune paille de la peau du visage et de tout le corps ; à la forme de l'utérus en général, et à celle de son col en particulier ; au pronostic porté lors de la première consultation, et qui n'avait point été justifié, puisque ma malade vivait encore au bout de deux ans, il me vint à l'idée qu'il pourrait bien se faire que cette tumeur de la matrice eût un autre caractère que celui qu'on lui avait assigné. En conséquence, j'en parlai au mari, et lui proposai de prendre l'avis de M. Amussat.

Notre consultation eut lieu le 1er juin. Après avoir écouté attentivement l'historique de cette longue et cruelle maladie, M. Amussat examina la malade et déclara : 1° qu'il existait une tumeur dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus, y compris le col ; 2° qu'il avait pu introduire le doigt indicateur assez profondément dans la cavité de l'utérus, et reconnaître que la tumeur y formait une saillie arrondie fortement convexe, d'une grande dimension, oblongue de haut en bas, médiocrement solide et n'offrant pas de fluctuation, présentant partout la même résistance, à surface parfaitement égale, lisse, et ne paraissant pas sensible au toucher ; 3° que la lèvre antérieure du col et une grande partie de la paroi antérieure du corps de cet organe étaient très-notablement amincies ; 4° que la lèvre postérieure était volumineuse, arrondie, dure, beaucoup plus saillante que l'antérieure et se confondant avec la tumeur ; 5° que l'utérus était mobile, arrondi en forme de poire, un peu incliné à gauche, et que son fond s'élevait à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne ; ayant à peu près le volume de la tête d'un petit enfant à terme ; sa surface extérieure, examinée de toute manière, soit à travers les parois abdominales, soit par le rectum et par le vagin, n'offrant aucune inégalité ; 6° que la dilatation du col, appréciée à l'aide du doigt et au moyen du spéculum, avait à peu près l'étendue de la moitié d'une pièce de cinq francs ; 7° et qu'en raison de l'écoulement du sang on ne pouvait savoir précisément quel aspect présentait la portion de tumeur embrassée par l'orifice du col ; 8° mais qu'il était porté à croire dès ce moment qu'il ne s'agissait pas d'un polype pédiculé, ni d'une affection cancéreuse, mais bien probablement d'un corps fibreux. Il fut convenu qu'on procéderait à un nouvel examen le surlendemain, en se promettant de le commencer avec le spéculum, afin de n'être pas gêné par l'é-

Digitized by Google

coulement du sang que le toucher déterminait.

Le 3 juin, nous examinâmes au spéculum, qui nous mit à même de voir très-distinctement ce que le toucher nous avait fait reconnaître; c'est-à-dire la disposition du col utérin, son amincissement en haut et en avant, de manière à former une espèce de bandelette disposée en croissant. La partie de la tumeur que la dilatation du col laissait voir, présentait une couleur grisâtre ardoisée, violacée, assez semblable à celle des polypes; sa surface était enduite d'une couche de mucosités blanchâtres, puriformes, peu adhérente, facile à enlever avec un linge fin, et n'ayant qu'une odeur fade peu prononcée, et non l'odeur piquante *sui generis* de la suppuration des surfaces cancéreuses; en outre, cette partie de la tumeur était saignante au moindre contact. Après cette première partie de l'examen, le spéculum ayant été ôté, nous procédâmes de nouveau au toucher, qui nous confirma entièrement dans tout ce que nous avions rencontré lors de notre première exploration. M. Amussat, guidé par la grande habitude qu'il s'est acquise dans ces sortes de recherches, parvint à préciser le diagnostic d'une manière tout à fait remarquable, en poussant aussi loin que possible ses investigations, dirigées toujours avec la plus grande prudence et beaucoup de douceur. Son doigt indicateur parvint dans la cavité utérine, de manière à atteindre le fond de l'organe, ce dont nous pouvions assurer très-positivement par l'application de la main sur la région hypo-gastrique; manœuvre rendue facile à cause du peu d'embonpoint de la malade et de la mollesse des parois de l'abdomen, résultant de leur distension pendant plusieurs grossesses. Ces recherches étaient peu douloureuses et occasionnaient un léger écoulement de sang, qui nous parut venir en grande partie de quelques petits vaisseaux contenus dans des espèces de brides dont on sentait distinctement le déchirement, et de la surface saillante de la tumeur. Dans cette séance, nous pûmes nous convaincre qu'il n'existait aucun engorgement appréciable dans les ovaires et les ligaments larges; et que la matrice était développée d'une manière tout à fait régulière, formant un ovoïde exact.

D'après un examen aussi positif, M. Amussat me dit qu'il lui paraissait impossible de tenter une opération pour sauver la malade dont le dépérissement profond annonçait la fin prochaine. Mais, comme cette opération pouvait présenter de grandes difficultés d'exécution et occasionner de graves accidents, tels que l'hémorrhagie, ou des inflammations consécutives dans l'utérus même, dans ses annexes et surtout vers le péritoine, il ne voulut rien proposer ni rien entreprendre sans avoir au préalable réuni d'autres avis. Nous convînmes, avec l'assentiment du mari de la malade, que MM. Récamier et Ribes seraient appelés.

Cette consultation eut lieu le 8 juin. MM. Récamier et Ribes examinèrent notre malade avec le plus grand soin et l'attention éclairée que nous avions droit d'attendre de deux praticiens aussi distingués, et qui se sont occupés d'une manière si remarquable de l'étude des affections de ce genre. Ils partagèrent entièrement notre opinion sur l'état de l'utérus, sur le volume et la nature présumée de cette tumeur, sur son insertion à large base, sur l'état général de la malade dont la vie était menacée d'une manière pressante, et sur l'indication précise de tenter une opération assurément des plus graves dans son exécution et dans ses suites, mais qui était le seul moyen de faire cesser les accidents qui avaient peu à peu amené cette malheureuse femme aux portes du tombeau.

Après avoir longuement discuté sur le mode de l'opération, il fut arrêté que M. Amussat ferait ce qu'il jugerait convenable.

Ce qui, entre autre choses, détermina M. Récamier à consentir à l'opération, c'est qu'il était parvenu à détacher la tumeur sur un des points de sa circonférence, en agissant seulement avec le doigt sur la partie latérale gauche de la saillie formée par la tumeur, point vers lequel le sillon de séparation était plus prononcé et s'étendait plus en arrière et en bas; ce qui lui fit espérer qu'elle pouvait bien ne pas faire corps avec la matrice, et qu'on pourrait parvenir à l'en séparer, même dans son assertion à la lèvre postérieure du col de manière à ce que celui-ci devînt libre dans toute la circonférence de son orifice. M. Ribes fut aussi du même avis, seulement il ajouta que la consistance de la tumeur ne lui semblait pas présenter la dureté ordinaire des tumeurs fibreuses.

Il fut convenu qu'on laisserait reposer la malade pendant quelques jours qui seraient employés à la préparer à cette périlleuse opération. Un doux laxatif fut administré dans l'intention seulement de débarrasser le gros intestin de matières dures et anciennes dont on avait constaté la présence, et que les lavements n'avaient pu entraîner.

Le résultat de notre consultation fut annoncé au mari de la malade et à sa famille, en leur faisant entrevoir nos espérances, mais sans leur cacher nos craintes sur l'issue de notre entreprise. L'opération fut fixée au jeudi suivant.

Le 11 juin, à une heure d'après-midi, se trouvèrent réunis chez cette dame MM. Amussat, Lucien Boyer, Filhos, Levaillant et moi. M. Amussat résuma en peu de mots tout ce qui avait rapport à la maladie en question, établit le diagnostic aussi exactement qu'il était possible, et nous dit ce qu'il se proposait de faire : 1° abaisser l'utérus autant que faire se pourrait; 2° dilater l'entrée du vagin, et autant que possible l'orifice du col utérin; 3° saisir la tu-

Digitized by Google

meur avec des pinces de Museux; 4° chercher à l'isoler, à la séparer du col de l'utérus, en continuant ce qui avait été commencé par M. Récamier; 5° puis faire ultérieurement ce qui serait convenable, au fur et à mesure des indications qui devaient être différentes en raison de la nature de la tumeur, de son adhérence plus ou moins intime, de son volume et des accidents qui pouvaient advenir.

La malade fut placée en face d'une croisée, sur une commode préalablement garnie d'un matelas, d'oreillers et de draps, on avait eu soin de s'assurer de la vacuité de l'intestin et de la vessie. La position de la malade était celle adoptée pour la taille périnéale : cette femme était couchée sur le dos; elle avait les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le ventre, et maintenues convenablement écartées.

En pressant graduellement, mais fortement, sur la région hypogastrique et en entr'ouvrant la vulve et l'orifice du vagin, on parvint à voir le col ultérin et à distinguer parfaitement, sans spéculum, la partie de la tumeur circonscrite incomplétement par la lèvre antérieure amincie du col de la matrice.

Espérant que la tumeur n'était pas intimement confondue avec la lèvre postérieure du col de l'utérus, mais qu'une bande du tissu propre de cet organe l'enveloppait en arrière, et faisait suite à la bandelette charnue formée par la lèvre antérieure, M. Amussat essaya de détruire peu à peu avec le doigt les adhérences très-fortes qu'il rencontrait. Une pince de Museux fut implantée dans la tumeur, dans le but d'abaisser l'utérus et de favoriser les manœuvres; mais, loin d'aider l'opérateur, elle gênait ses mouvements, elle fut donc retirée. Cependant on avait déjà obtenu un commencement de séparation, ce qui engagea M. Amussat à continuer. A mesure qu'il parvenait à séparer la tumeur de la lèvre postérieure du col; il reconnaissait que les parois étaient au moins aussi minces qu'en avant, ce qui lui faisait présumer et craindre que la paroi postérieure de la totalité de la matrice n'eût conservé que très-peu d'épaisseur, et ce qui devait l'engager à manœuvrer avec lenteur et précaution, afin d'éviter une rupture. L'introduction simultanée des deux doigts indicateurs, l'un dans la cavité utérine, et l'autre dans le rectum, prouvait de la manière la plus positive qu'en effet l'utérus était fort aminci en arrière, au niveau de l'insertion du corps étranger.

Trois pinces-érignes ayant été implantées dans la tumeur aussi loin que possible, et réunies de manière à pouvoir exercer des tractions modérées, tantôt verticales, tantôt obliques, dirigées de haut en bas ou latéralement, comme on ferait avec un forceps, M. Amussat continua d'agir avec les doigts, de façon à séparer de plus en plus la tumeur de ses attaches à la matrice, mais toujours avec la précaution de ne jamais s'écarter de la surface de la tumeur, afin de ménager le plus possible le tissu de la matrice. Plusieurs fois les pinces de Museux lâchèrent prise et furent replacées. Enfin, il parvint à séparer entièrement la partie inférieure de la tumeur de ses attaches au col de l'utérus, dont le doigt put alors parcourir toute la circonférence, de sorte que cette portion de tumeur se trouvait dans les conditions des polypes pédiculés. Ce succès enhardit l'opérateur à continuer dans la même voie, et commençait à lui faire espérer que le reste des attaches céderait aux mêmes manœuvres; tout portant à croire que la végétation, quelque volumineuse qu'elle fût, se trouvait dans les mêmes conditions de rapports dans le fond de la matrice, que celles qu'elle présentait vers le col. Les tractions furent donc continuées, et même avec plus de force, au moyen des pinces-érignes, qu'il fallut, bien des fois replacer, en même temps que l'on continuait d'abaisser autant que possible l'utérus dans le petit bassin, par une pression exercée méthodiquement au-dessus du pubis. Cependant le col de l'utérus, disposé en bourrelet assez résistant, ne se laissant plus dilater, et paraissant mettre obstacle à la sortie de la tumeur, fut débridé par quelques petites incisions pratiquées sur plusieurs points à l'aide d'un bistouri droit boutonné ou avec des ciseaux longs, courbes, à pointes mousses. Mais ce débridement opéré, la tumeur n'avançait pas davantage, ce qui prouva qu'elle était retenue non-seulement par son volume, qui nous parut de plus en plus considérable, mais encore par ses attaches à l'utérus même.

Les pinces de Museux, en se détachant plusieurs fois, avaient déchiré la surface de la tumeur, de manière qu'il nous fut possible de constater que celle-ci avait une enveloppe kystiforme, assez épaisse et assez résistante. A travers les déchirures faites à cette membrane d'enveloppe, à cette espèce de coque, qui était rougeâtre, comme réticulée, fibrillaire, nous aperçûmes une couche blanchâtre, comme albuginée, résistante quoique molle, ressemblant assez à l'enveloppe d'une tumeur enkystée, dans le tissu de laquelle les dents des pinces restaient plus solidement fixées. Cette opération durait déjà depuis assez longtemps; la malade était fatiguée plus par la position dans laquelle on la maintenait, par l'engourdissement et les crampes qu'elle éprouvait dans les membres inférieurs, par la pression assez forte qu'on était obligé d'exercer sur le bas-ventre, par les tractions que l'on continuait de faire dans différents sens et avec une certaine force, par les tiraillements qu'elle éprouvait dans le bassin, plus, dis-je, par toutes ces circonstances, que par des douleurs aiguës; car la plus

Digitized by Google

grande partie des efforts que nous faisions portait sur la tumeur elle-même, qui ne paraissait point sensible. Du reste, l'écoulement du sang n'était pas considérable. Ayant reconnu que la membrane d'enveloppe de la tumeur, déchirée par les érignes, formait comme une espèce d'étranglement, comme une bride tendue sur cette masse, M. Amussat l'incisa, comme il avait fait pour le col utérin, par plusieurs petits coups de ciseaux ou de bistouri conduits avec précaution. Toutefois, cela n'avança pas à grande chose, la tumeur paraissait rester au même point. Autre chose la retenait, et ce ne pouvait être que son adhérence à la partie postérieure et au fond de la matrice. On essaya une espèce de spatule à manche, légèrement recourbée, disposée en cuillère à bords mousses, mais elle n'aida à rien, et fut rejetée dans la crainte qu'en s'en servant avec plus de force, on ne perforât les parois si minces de l'utérus, et qu'on n'arrivât jusqu'au péritoine.

Après avoir laissé reposer la malade pendant quelques minutes, temps qui fut employé à délibérer sur la question de savoir s'il ne convenait pas de chercher à diminuer le volume de la tumeur par des incisions, ou bien d'en enlever ce qu'on pourrait, et de laisser le reste, l'abandonnant aux efforts de la nature et comptant sur la suppuration qui s'établirait; ou enfin d'insister sur les mêmes moyens, c'est-à-dire la destruction graduelle de ce qui pouvait rester d'adhérences, au moyen des doigts seulement; M. Amussat se décida pour ce dernier parti.

Les pinces de Museux furent donc replacées aussi loin et aussi profondément que possible dans le tissu de la tumeur, et, pendant que l'un de nous exerçait de nouvelles tractions, absolument comme dans un accouchement difficile avec le forceps, M. Amussat tâchait au moyen des doigts de séparer de plus en plus la tumeur. Plusieurs fois M. Amussat fut obligé de faire cesser les tractions, surtout parce que, lorsqu'elles étaient exercées avec force, ses doigts se trouvaient tellement serrés qu'il lui était impossible de les faire agir. Il était par conséquent impossible d'introduire le doigt pendant les tractions. Nous essayâmes de placer une ligature sur la tumeur elle-même, un peu plus loin que le point d'insertion des pinces-érignes, mais cette ligature glissait et ne servait à rien. On proposa de passer une forte ligature à travers la masse, à l'aide d'une aiguille courbe, dans l'intention de rendre les tractions plus efficaces, et de suppléer aux pinces dont les mors labouraient et peignaient pour ainsi dire la surface de cette production morbide. Mais on se décida à continuer de se servir des pinces, en ayant soin de les replacer de plus en plus haut toutes les fois qu'elles se détachaient, et à mesure que la tumeur s'engageait davantage dans l'anneau vulvaire.

Cependant ces manœuvres ne restaient pas inefficaces, puisque la main, appuyée sur la région hypogastrique, faisait constater bien évidemment que la saillie formée par l'utérus développé était notablement abaissée, puisque la tumeur apparaissait de plus en plus entre les lèvres de la vulve. Dans ce moment la malade poussa avec force, comme dans les derniers instants de l'accouchement naturel; efforts qu'on tâcha de réprimer, dans la crainte d'un renversement trop brusque de l'utérus. Bientôt en effet la tumeur sortit plus complétement, mais toujours retenue par de fortes adhérences, que l'on continuait de détruire avec les doigts. Le fond de l'utérus s'affaissait, se déprimait, suivait la tumeur elle-même, de manière à produire le renversement de l'organe, comme un doigt de gant que l'on retournerait. La tumeur était déjà hors du bassin, hors de l'anneau vulvaire élargi, et par conséquent hors du cercle formé par le col, qu'elle tenait encore par un large pédicule. Ce fut alors que M. Amussat redoubla de précaution, persuadé qu'il était que le fond de l'utérus étant très-aminci, le péritoine n'était pas loin, et que le moindre effort pouvait en déterminer la perforation. Ce ne fut donc qu'en se servant des ongles et de la pointe de ciseaux mousses qu'il parvint à séparer la tumeur du fond de l'utérus renversé. Vers ce dernier point d'attache la tumeur présentait deux inégalités mamelonnées, espèces de têtes de clou enchatonnées à part dans l'épaisseur du tissu musculaire de l'utérus. La tumeur tomba sur le plancher et rebondit en produisant un bruit semblable à celui occasionné par la chute d'une vessie remplie d'une substance molle. Aussitôt l'utérus remonta dans le bassin, le col se resserra sur le fond renversé, qui fut repoussé et relevé avec les doigts, pour s'opposer à l'étranglement. Il restait deux sinus ou excavations dont le fond presque pellucide n'était formé que par une très-légère couche de fibres musculaires, et peut-être seulement par le péritoine. Quelques débris membraneux, portions de la membrane d'enveloppe, évidemment musculeux, sortaient par l'orifice du vagin; on coupa avec des ciseaux tout ce qui dépassait cet anneau, et le reste fut abandonné à l'action destructive de la suppuration. La vulve fut lavée avec de l'eau fraîche, et la malade fut portée dans son lit.

Cette opération si laborieuse avait duré deux heures un quart. Supportée avec courage par la malade, elle fut exécutée par M. Amussat avec un calme remarquable, un sang-froid imperturbable et une habileté au-dessus de tout éloge. Il est juste de dire aussi que jamais peut-être plus d'ensemble, plus de convenance réciproque, plus d'harmonie conscien-

cieuse n'avaient présidé à un acte aussi important de chirurgie transcendante.

La malade était plus fatiguée que faible, n'ayant pas perdu beaucoup de sang pendant l'opération, et tout écoulement ayant cessé aussitôt après l'extirpation de la tumeur. On lui fit prendre un peu d'eau sucrée froide, légèrement aromatisée avec de l'eau de fleurs d'oranger. Le pouls était assez petit, elle avait froid; mais peu à peu la chaleur se rétablit, il survint une sueur assez abondante. On prescrivit une potion légèrement opiacée.

Examen de la tumeur. — Elle avait le volume d'un petit œuf d'autruche, dont elle présentait la forme et la couleur. Son poids était de 338 grammes (environ 11 onces).

Son grand diamètre était de 12 centimètres (environ 4 pouces 5 lignes).

Son petit diamètre avait 7 centimètres (2 pouces 7 lignes).

Sa grande circonférence était de 30 centimètres.

Et sa petite circonférence de 22 centimètres.

Sa surface, d'apparence albuginée, généralement régulière, offrait cependant quelques inégalités; elle était tracée de quelques sillons, formant des commencements de lobules; mais à sa partie supérieure et à droite on remarquait deux saillies mamelonnées, d'inégale grosseur: la plus grosse ayant le volume d'une forte aveline.

Sa consistance était molle et donnait l'idée d'une mamelle de vache remplie de lait.

Après une incision pratiquée profondément dans les trois quarts de sa longueur, on trouva que toute l'épaisseur de la tumeur était homogène, d'un blanc mat, nacré, brillant, offrant des lignes courbes entrelacées, concentriques, plus blanches, fibreuses. En raclant la surface inférieure des deux moitiés de cette tumeur, on n'obtint qu'une très-petite quantité de sérosité blanche, trouble; sa substance ne criait par sous le tranchant de l'instrument, on n'apercevait entre ses fibres aucune trace de vaisseaux.

La surface extérieure plus jaune que la substance centrale était toutefois de même nature et se confondait avec elle; en un mot cette tumeur n'avait pas d'enveloppe distincte; ce n'était point un kyste, mais bien une tumeur fibreuse molle développée dans l'épaisseur des parois de la matrice, où elle se trouvait comme enkystée.

On remarquait encore à sa surface quelques débris rougeâtres, formés évidemment de fibres musculeuses, fragments de son enveloppe formée par la partie la plus intérieure des parois de l'utérus, et par la membrane qui tapisse la cavité de cet organe.

Analyse succincte des suites de l'opération. — Une fois remise de l'ébranlement nerveux général occasionné par une opération de cette importance, la malade n'éprouva aucun accident pendant les quatre premiers jours. Alors se montrèrent des symptômes de réaction inflammatoire dont nous cherchâmes à diminuer l'intensité et à éloigner les conséquences par une saignée du bras qui fut pratiquée le troisième jour, sans être arrêtés par l'état de faiblesse dans lequel la malade se trouvait avant l'opération. Ce moyen eut tout le succès qu'on pouvait en attendre, puisque l'inflammation de l'utérus resta dans de certaines limites et ne s'étendit pas au péritoine.

Vers le cinquième jour, l'écoulement commença à prendre une teinte noirâtre et à devenir fétide. C'est alors qu'on remplaça les injections émollientes par celles faites avec une décoction d'écorce de chêne, d'abord coupée avec de l'eau d'orge et de guimauve.

L'examen auquel nous procédâmes ce jour-là nous mit à même de constater ce qui suit: l'utérus, un peu incliné à gauche, s'élevait encore à environ quatre travers de doigt au-dessus du pubis, il était peu douloureux au toucher vaginal et hypogastrique: ses parois avaient plus d'épaisseur, principalement en arrière, où la tumeur s'était développée; le col était plus épais, moins dilaté, mais recevant encore aisément le doigt qui rencontrait des inégalités et deux commencements de cavités: l'une bornée par la paroi antérieure de l'utérus, qui était libre d'adhérences avec la tumeur avant l'opération; l'autre, plus bas et en arrière, formant comme une espèce de chaton, et dans laquelle la tumeur était logée. L'intérieur du col offrait aussi des inégalités occasionnées par les incisions pratiquées pendant l'opération. Le doigt fut retiré enduit d'une matière fétide, d'un rouge noirâtre, mêlée à des grumeaux de sang caillé.

A cette époque le membre inférieur gauche se tuméfia, et cet engorgement douloureux augmenta les jours suivants. C'était une espèce de *phlegmasia alba dolens*, ou plutôt de phlébite, occasionnée par la propagation de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes, ou par un commencement de résorption purulente; et peut-être aussi par la compression du plexus sciatique et des vaisseaux cruraux à leur origine.

La région hypogastrique devint plus sensible à la pression; il survint de la fièvre qui eut plusieurs paroxysmes ayant de l'analogie avec les accès d'une fièvre intermittente.

Tout le membre inférieur gauche fut enveloppé de flanelles recouvertes de taffetas gommé. La malade fut tenue à la diète absolue et aux boissons délayantes acidulées.

Le sixième jour, on continua les injections, mais avec l'attention de les diriger jusque dans la cavité de l'utérus, à l'aide d'une canule de gomme élasti-

Digitized by Google

que terminée en olive, et dirigée avec précaution au moyen du doigt.

Le septième jour, l'engorgement du membre inférieur gauche était notablement augmenté, et plus douloureux principalement sur le trajet des vaisseaux cruraux. On sentait distinctement sous la peau des espèces de nœuds ou de cordons formés par la veine saphène tuméfiée. Les rameaux veineux superficiels sous-cutanés étaient aussi très-notablement dilatés, mais sous forme de cordons saillants. Toutefois l'hypogastre continuait d'être déprimé et n'était pas plus douloureux à la pression.

La malade continuait d'avoir de la fièvre; sa bouche était sèche: elle se plaignait d'envies de vomir.

Le gonflement de la cuisse gauche différait de l'œdème en ce qu'il était accompagné de chaleur à la peau et qu'il ne gardait pas l'impression du doigt.

Le huitième jour, le pouls était plus faible, tout en conservant de la fréquence.

Un lavement huileux avec jaune d'œuf fit rendre une assez grande quantité de matières solides.

On ajouta un peu de quinquina rouge aux injections. On appliqua une bande de flanelle roulée sur toute la longueur du membre inférieur gauche, en commençant par le pied, et plaçant une compresse longue et assez épaisse à la partie interne de la cuisse sur le trajet des vaisseaux.

Le neuvième jour : Affaissement général, pouls faible et fréquent (130 à 140), tendance à la fuligination de la langue et des lèvres; visage plus jaune, livide, traits affaissés; frisson général, engourdissement des mains qui sont d'un blanc de cire, comme dans le premier stade d'un accès de fièvre intermittente; région hypogastrique un peu plus soulevée, sans toutefois être plus douloureuse à la pression.

Prescription : Cataplasmes sinapisés sur le membre inférieur droit et sur les avant-bras; on couvrit davantage la malade, on lui donna d'heure en heure une cuillerée de potion avec laudanum, de l'eau rougie avec du vin de Bordeaux, du bouillon. Toutes les deux heures on fit une friction sur la cuisse gauche avec 15 grammes d'onguent mercuriel. Le pouls se releva, la chaleur revint, et vers le soir le redoublement fébrile était très-prononcé (cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre) : en résumé la malade était dans un état fort inquiétant, sous l'influence de la phlébite du membre inférieur gauche et de l'inflammation de l'intérieur de la matrice. On administra le soir un quart de lavement d'eau de gomme avec addition de 3 décigrammes de sulfate de quinine et de quelques gouttes de laudanum.

Le lendemain, dixième jour, la malade était mieux. Consultation avec MM. Récamier et Ribes, qui adressèrent à M. Amussat les compliments les plus honorables sur la manière dont il avait procédé dans ce cas si remarquable, et encore unique dans la pratique. Dans cette réunion on constata que le corps et le col de l'utérus étaient dans l'état le plus satisfaisant, et que la position actuelle de la malade n'offrait rien de positivement alarmant, malgré l'inflammation veineuse; on convint d'insister sur les mêmes moyens de traitement.

Le onzième jour, la persistance des nausées et la sensation d'oppression dont se plaignait la malade nous décidèrent à faire appliquer un vésicatoire à l'épigastre, avec la pommade ammoniacale.

Le douzième jour, on changea la malade de lit pour la première fois depuis l'opération.

Le quatorzième jour : Malaises, envie de vomir; la langue tendait de nouveau à se sécher, le visage était grippé, la malade était plus mal que les deux jours précédents; on revint aux cataplasmes sinapisés. M. Amussat craignait les effets de la résorption purulente; le soir bain entier tiède après lequel il y eut du mieux.

Le quinzième jour : Dévoiement, respiration haute, pouls fréquent (110 à 120); eau de riz gommée; on convint d'entretenir le vésicatoire de l'épigastre.

Les trois jours suivants, à peu près même état; malgré le paroxysme du soir, on continua une légère alimentation (bouillon, crème de riz; quart de lavement avec laudanum le soir).

Le dix-neuvième jour : Diminution de l'engorgement du membre inférieur gauche, haleine fétide, un peu de dévoiement.

Le vingtième jour : Gonflement douloureux du membre inférieur droit; cependant par le toucher on s'assura que le col de l'utérus était revenu sur lui-même, que le corps de la matrice conservait toujours un certain volume; l'écoulement était peu abondant, mais fétide, purulent; la malade avait moins de fièvre depuis deux jours, mais elle était plus faible.

Le soir : Augmentation considérable du volume de la cuisse droite, douleur à sa partie interne vers le pli de l'aine et dans la région iliaque; la phlébite nous parut plus intense de ce côté qu'elle n'avait été à gauche; continuation du dévoiement : mêmes moyens de traitement que ceux qui avaient été dirigés contre l'engorgement de la cuisse gauche.

Le vingt-unième jour : Accès de fièvre débutant par du frisson, suivi de chaleur et de sueur, semblable à celui qui eut lieu quelques jours après l'opération; le moindre mouvement de la cuisse droite était très-douloureux. M. Amussat reconnut qu'il existait un engorgement notable dans le petit bassin, vers le ligament large droit. On continua les frictions mercurielles. Dans la journée la malade se plaignit de beaucoup de douleur dans tout le mem-

Digitized by Google

bre inférieur droit, autour du bassin et dans la région lombaire. Le dévoiement avait cessé.

Le vingt-troisième jour, le membre inférieur gauche s'engorgea de nouveau, la jambe et le pied étaient œdémateux; dégoût pour toute espèce d'aliments; affaissement général. Tout faisait supposer un grand embarras dans la circulation dans toute l'étendue du petit bassin; cependant la malade était mieux vers le soir.

Les jours suivants, augmentation de l'infiltration des membres inférieurs, de la région du dos et des parois abdominales. Frictions sur les membres inférieurs avec la teinture de scille; on discontinua les frictions mercurielles; retour du dévoiement, persistance des redoublements fébriles, principalement le soir. Diminution de la douleur des membres inférieurs.

Le vingt-huitième jour, on trouva l'utérus moins volumineux, aplati; la phlegmasie des vaisseaux profonds parut diminuée, mais la malade se plaignait beaucoup de sa bouche; on remarqua sur la partie interne des joues et des lèvres quelques légères ulcérations; salivation occasionnée par les frictions mercurielles à haute dose. (250 grammes, environ 8 onces d'onguent avaient été employées.) Collutoires calmants; le dévoiement continuait, nuit agitée.

Les jours suivants, la bouche s'enflamma de plus en plus, devint très-douloureuse avec augmentation de la salivation. Cependant on remarqua une diminution dans le volume des membres inférieurs, le dévoiement cessa; la région hypogastrique était dans un état satisfaisant.

Le trente-neuvième jour on leva la malade pour la première fois; elle put rester quelques heures dans un fauteuil. Cet état de la bouche et des membres inférieurs fut à peu près le même pendant plusieurs jours. Cependant on augmenta graduellement l'alimentation basée sur le bouillon, le lait, les potages, les œufs frais. La malade put faire quelques pas dans sa chambre; elle eut un peu plus de sommeil pendant la nuit; sa convalescence, quoique très-lente à s'établir, ne parut plus douteuse; et tout portait à faire espérer que cette femme ne tarderait pas à être entièrement rétablie de la grave maladie qui avait nécessité cette opération laborieuse, et des accidents qui en avaient été la suite.

Réflexions. — L'altération organique de la matrice qu'on est convenu de nommer corps fibreux, tumeur fibreuse, polype fibreux, à cause de la nature de cette production anormale, qui a beaucoup d'analogie aves les parties du corps humain qui dans leur ensemble constituent le système fibreux, est maintenant bien connue, si ce n'est dans ses causes, au moins dans son développement, dans sa marche, dans son siége et dans les dérangements fonctionnels et les phénomènes morbides qu'elle occasionne.

Ayant pris naissance à la surface de l'utérus, les tumeurs fibreuses soulèvent le péritoine, s'en trouvent enveloppées dans une plus ou moins grande étendue, en raison du volume qu'elles acquièrent. Se développant dans l'épaisseur même des parois de la matrice, elles les écartent de manière à faire plus ou moins de saillie en dehors de cet organe, ou du côté de sa cavité, ou bien dans les deux sens à la fois. Enfin ces mêmes corps étrangers, se trouvant plus près de la surface interne de la matrice, sous une couche plus ou moins mince de son tissu propre, ou tout à fait entre le tissu de cet organe et la membrane qui en tapisse la cavité, tendent, en se développant, à faire plus de saillie dans cette même cavité. En s'éloignant de plus en plus de leur point d'origine ou d'insertion, et prenant presque toujours la forme plus ou moins régulièrement arrondie tout en augmentant de volume, ils s'isolent de plus en plus de leur point de départ, entraînant avec eux la membrane interne et souvent une couche plus ou moins épaisse de la substance même de l'utérus, de manière à former un pédicule plus ou moins volumineux, et qui presque toujours s'amincit en s'allongeant au fur et à mesure que la tumeur augmente de volume, distend les parois de la matrice, en entr'ouvre le col graduellement aminci, le franchit, tombe dans le vagin, qui en est distendu, dilate l'orifice, le traverse, dépasse la vulve, et vient pendre entre les cuisses de la malade. Tout cela est maintenant parfaitement établi par les recherches et les observations de Levret, Herbiniaux, Bayle, Dupuytren, MM. Roux, Ribes, Récamier, Breschet, Cruveilhier, Hervez de Chegoin, etc. Les chirurgiens se sont occupés de ces productions pathologiques, quand elles étaient plus ou moins isolées, pédiculées et plus ou moins aisément accessibles aux manœuvres opératoires, mais ils abandonnaient aux seules ressources de la nature les tumeurs de ce genre, soit qu'elles fussent extérieures à la matrice, qu'elles restassent enclavées dans l'épaisseur de ses parois, ou que, dilatant sa cavité, elles y fissent plus ou moins de saillie; quoique dans ce dernier cas elles déterminassent les mêmes accidents que ceux produits par les tumeurs pédiculées, et occasionnassent l'affaiblissement, le dépérissement graduel des femmes et leur mort.

Aussi Bayle (1) dit-il : « Mais lorsque le corps fi-
» breux n'est point pédiculé, qu'il est seulement
» saillant dans la cavité utérine, le toucher ne fait
» quelquefois apercevoir aucune dilatation notable
» du col de la matrice; ou bien il n'y fait découvrir
» qu'une sorte d'aplatissement. Dans ce cas, on ne

(1) Diction. des scienc. méd., an 1813, t. VII, p. 75.

Digitized by Google

» peut reconnaître avec certitude l'existence du corps » fibreux qu'après la mort; *et lors même qu'on » l'aurait reconnue pendant la vie, on n'aurait » pas pu sauver la malade, parce que ce corps » ne pouvait pas être enlevé.* »

Boyer (1) s'exprime ainsi à ce sujet : « Soit que la » tumeur occupe l'épaisseur des parois de la matrice, » soit qu'elle se trouve immédiatement sous la tuni- » que péritonéale, les moyens à employer sont *pu- » rement palliatifs.* »

Mais quelques années plus tard on trouve dans un ouvrage de M. Velpeau (2) un passage qui prouve que ce chirurgien pensait que, quoique les tumeurs fibreuses de l'utérus n'eussent pas de pédicule, on ne devait pas pour cela laisser périr les malades, sans tenter une opération, voici ce qu'il disait à cette époque (1832) : «Si la tumeur n'était séparée de la paroi » organique qui lui donne naissance que par une » rainure plus ou moins profonde, au lieu d'avoir » un pédicule, et que ce fût un corps fibreux, il ne » faudrait pas pour cela se croire indispensablement » obligé de porter l'instrument tranchant jusque » dans la partie la plus profonde de cette rainure. » Alors, en effet, pourvu qu'on incise un peu au- » dessus du plus grand diamètre du polype, et qu'on » puisse donner à l'incision une certaine étendue, » diviser toute la couche du tissu naturel qui enve- » loppe la production morbide, il n'en faut pas da- » vantage pour que, avec les doigts, le manche de » l'instrument, ou de simples tractions, on parvienne » à le détacher, comme on sépare un noyau de fruit » des parties qui l'enveloppent. Les lambeaux mem- » braneux et irréguliers, suite d'une pareille énu- » cléation, ou se rétractent et se cicatrisent en re- » venant sur eux-mêmes, ou sont en partie détruits » par la suppuration. »

J'ai cité ce passage en entier parce qu'il a beaucoup de rapport avec mon observation. Mais ce que M. Velpeau dit un peu plus loin (page 614) paraît être en contradiction avec ce qui précède : « *Ajou- » tons, pour terminer, que la ligature, pas plus » que l'arrachement et l'excision, ne doit être » tentée, si la tumeur est encore renfermée en » entier dans la matrice.* »

M. Gerdy (en 1833) (3) n'a pas non plus parlé de la possibilité d'attaquer les tumeurs fibreuses de l'utérus, faisant saillie dans sa cavité, mais sans pédicules, et occasionnant des accidents devant prochainement entraîner la mort. En effet, on trouve (p. 166) ce qui suit : « Les maladies qui peuvent en imposer » pour un polype sont : 1° une tumeur fibreuse, » osseuse ou pierreuse, non pédiculée de l'utérus, » saillante dans sa cavité, ou une môle; *mais alors, » comme on ne pourra point y reconnaître de » pédicule, il n'y aura rien à faire...*»

Dans le livre sur les Maladies de l'utérus, d'après les leçons de M. Lisfranc, par M. Pauly, on trouve le fait suivant (page 477), qui a aussi quelque analogie avec celui que je publie, quoiqu'on ait opéré autrement que ne l'a fait M. Amussat. Le voici textuellement :

» Dernièrement je fus appelé (M. Pauly), à seize » lieues de Paris, pour faire l'ablation d'une tumeur » fibreuse dégénérée, à base large et développée sur » la face inférieure et postérieure de la cavité utérine » et la partie correspondante de la cavité du col. » L'opération ne fut pas très-facile; je fus obligé » d'opérer sans déplacer l'utérus, et à l'aide de pe- » tits couteaux dont la lame étroite, longue et cour- » bée sur le plat se terminait par une pointe moussé. » L'indicateur gauche guidait l'instrument. »

Enfin dans l'ouvrage de MM. Brière de Boismont et Marx (1), on lit deux passages qui ont trait au sujet en question :

Il y est dit (page 281) : « Tantôt elles se dévelop- » pent (les tumeurs fibreuses) uniformément dans » tous les sens; tantôt leur accroissement se fait » plutôt dans une direction que dans une autre, » c'est-à-dire plutôt vers la cavité de la matrice que » vers sa face externe, ou *vice versâ*. Les tumeurs » de cette espèce sont très-communes et presque » toutes *inopérables*, car on n'aurait d'autre parti » possible à prendre que de fendre la matrice pour » les énucléer. »

Et page 368 : « Dans tous les cas de tumeurs non » pédiculées et enclavées dans le tissu propre de la » matrice, où l'opération peut être tentée, voici com- » ment M. Dupuytren y procède : il fait d'abord, » autour de la moitié antérieure de la base, une in- » cision semi-elliptique plus ou moins profonde; » aussitôt la rétraction des bords de la plaie fait sail- » lir la tumeur; une incision pareille est pratiquée » ensuite dans la moitié postérieure de la base, de » manière à rencontrer de chaque côté les extrémités » de la première incision. Les bords de cette plaie » s'écartent largement aussi, et dès lors on peut avec » le doigt ou le manche d'un scalpel la disséquer et » la détacher, si elle naît seulement du tissu cellu- » laire sous-muqueux, ou bien quelques coups de » bistouri seront nécessaires, si elle tire son origine

(1) Traité des malad. chirur., t. x, 1re édit., an 1825, p. 547.

(2) Nouveaux éléments de méd. opérat., an 1832, t. III, p. 611.

(3) Thèse sur les polypes, 1833.

(1) Leçons orales de clinique chirurgicale, par Dupuytren, 2e édit., t. IV, an 1839.

Digitized by Google

» du tissu cellulaire inter-lamelleux de la matrice.»

On voit par ce qui précède, et en consultant les recueils périodiques, que l'opération, tentée et si habilement exécutée par M. Amussat, n'avait point encore été faite. C'est une nouvelle conquête de la chirurgie moderne, qui doit déjà tant aux travaux de ce chirurgien. C'est une ressource de plus, qui, dans quelques cas, pourra arracher à la mort de pauvres femmes, à l'agonie desquelles on assistait sans rien faire pour les sauver. Cette opération est basée sur la possibilité d'abaisser l'utérus, d'élargir son col et d'opérer le renversement de cet organe, comme cela a eu lieu quelquefois spontanément dans le cas de tumeurs fibreuses pédiculées (polypes); renversement imaginé par Herbiniaux, qui l'a tenté une fois.

Depuis longtemps M. Amussat, éclairé par son observation et par les recherches d'anatomie pathologique des chirurgiens les plus célèbres, tels que MM. Ribes et Récamier, et plus particulièrement par ce qui lui avait été dit par M. Ribes, de la possibilité, de la facilité qu'il a rencontrées dans quelques cas, à l'ouverture du corps, de séparer les tumeurs fibreuses nées et développées dans l'épaisseur des parois de l'utérus, en pratiquant une simple incision à leur coque ou membrane d'enveloppe, et en les énucléant; M. Amussat, dis-je, n'attendait que l'occasion pour proposer et exécuter ce qu'il a fait dans ce cas avec un succès si remarquable.

La réussite de cette opération délicate a dépendu, en grande partie, des précautions prises pour éviter de léser le moins possible les parois de la matrice et de les perforer, surtout dans les points que le péritoine enveloppe. Cela était d'autant plus important que, dans ce cas, contrairement à ce qu'a avancé M. Cruveilhier, les parois de l'utérus étaient très-amincies dans toute leur étendue. Ainsi ce fait ne confirme pas ce que M. Cruveilhier a dit dans son grand ouvrage (1): Toute tumeur fibreuse qui se dé» veloppe dans l'épaisseur de l'utérus a pour résultat » une hypertrophie et un ramollissement, qui repré» sentent exactement l'hypertrophie et le ramollis» sement de cet organe pendant la grossesse.»

Chez notre malade il n'a été trouvé ni hypertrophie, ni ramollissement des parois; au contraire, il y avait évidemment amincissement et dureté de tissu, non-seulement de la paroi antérieure de la cavité utérine, ce qui avait pu être constaté avant l'opération, mais encore pour le reste de l'organe, ainsi qu'on a pu s'en convaincre pendant les manœuvres opératoires, et surtout après l'extirpation de la tumeur.

Cette femme n'éprouva jamais ces douleurs vives, ressemblant aux douleurs expulsives de l'accouchement, et qu'on a souvent observées dans le cas de polypes nés et renfermés dans la cavité utérine. Peut-être cette circonstance pourrait-elle s'expliquer par la largeur de l'implantation de la tumeur, par le peu d'étendue de la portion libre des parois de la matrice, partie qui ne pouvait guère se contracter énergiquement, vu son amincissement; et par l'adhérence presque intime de la partie inférieure de la tumeur avec la lèvre postérieure du col; disposition qui avait dû s'opposer beaucoup à la dilatation de cette partie de l'utérus.

Il ne survint pas d'accidents pendant l'opération, ni immédiatement après. L'inflammation de l'utérus, inévitable après une espèce de dissection longue et laborieuse, ne se propagea pas au péritoine; mais le rétablissement fut retardé par l'inflammation qui s'étendit aux veines et probablement aux nerfs et aux vaisseaux lymphatiques des membres inférieurs, par l'inflammation de la bouche et la salivation occasionnées par l'emploi de l'onguent mercuriel.

Revue médicale. — Août 1840.

Ponction par le vagin d'un kyste de l'ovaire; guérison par J. Ogden.

Madame Jackson, âgée de trente-deux ans, mère de plusieurs enfants, avait été bien portante jusqu'à sa dernière couche, qui date de cinq mois environ. Depuis lors, les règles n'ont pas paru. Elle a commencé vers cette époque à se plaindre d'un sentiment de plénitude dans le ventre, et de perte d'appétit, unie à une soif très-vive. Cette femme se laissa persuader qu'elle était enceinte et vint me consulter. Elle éprouvait beaucoup de difficulté à uriner, difficulté qui augmenta au point qu'il fallut avoir recours à la sonde. Mais je ne pus parvenir à introduire cet instrument. Le toucher par le vagin me fit reconnaître la présence d'une tumeur occupant la concavité du sacrum et laissant à peine assez de place pour glisser le doigt entre elle et le pubis. On parvenait avec peine à sentir au-dessus du pubis un segment du col de l'utérus, et je crus d'abord à une rétroversion de la matrice. A gauche du vagin, je rencontrai une tumeur élastique que je pris d'abord pour le bas-fond de la vessie. La malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, et souffrait beaucoup. Je fis en vain de nouvelles tentatives de cathétérisme, et je me déterminai à faire la ponction de la vessie au dessus du pubis. Je retirai deux pintes d'urine très-colorée. Six heures après, la malade n'ayant pas uriné, j'essayai de nouveau d'introduire un cathéter, mais sans plus de succès. Je me déterminai alors à faire par le vagin la ponction de la tu-

(1) Anatomie pathologique, XIIIe livraison, p. 17.

Digitized by Google

meur pelvienne que je pensai être une tumeur ovarique. Le trois-quarts poussé par le vagin laissa écouler peu à peu quatre litres et demi de sérosité semi-transparente; la malade éprouva un grand soulagement; les fonctions de la vessie se rétablirent aussitôt, et la malade put uriner spontanément une heure après l'opération. Pendant plusieurs jours le kyste ovarique fournit un écoulement abondant; mais il se tarit bientôt et la guérison fut complète. Depuis lors, les règles n'ont pas reparu, mais la santé s'est maintenue en très-bon état.

IBIDEM.

Tentative de suicide; vaste plaie du cou avec séparation complète de l'hyoïde et du larynx; suture entrecoupée; guérison; observation communiquée, par M. JULES QUISSAC, ex-chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu St. Eloi de Montpellier.

Il n'est personne qui, après avoir lu la Médecine opératoire de Sabatier, ne soit intimement persuadé, d'après la manière formelle dont il s'explique sur les plaies transversales du cou, qui séparent l'os hyoïde du cartilage thyroïde, que la suture pratiquée sur ce dernier organe ne soit un moyen très-vicieux, très-dangereux, et ne prenne conséquemment la résolution de bien s'en abstenir, si quelque cas de cette nature se présente à lui; car voici la manière dont s'explique ce célèbre chirurgien : « Comme l'écartement des bords de ces plaies est très-grand, on a pensé à y remédier par des points de suture qui nuisent plus que le mal même, et qui finissent par n'être d'aucune utilité, parce que les fils déchirent le trajet qu'ils ont parcouru. Il est plus simple et plus conforme aux principes qui ont été établis précédemment de chercher à rapprocher les bords de la plaie, en faisant fléchir le cou du malade en devant, et en maintenant les parties au moyen d'un bandage qui les empêche de changer de position. »

L'observation suivante nous servira de réponse.

OBS. — Le 19 juillet 1836 fut apporté à l'Hôtel-Dieu St-Eloi de Montpellier, le nommé Vincent Marchetti, âgé de 30 ans, réfugié italien, paraissant jouir d'une bonne constitution et d'un tempérament nerveux. Il offrait, à la partie antérieure du cou, une vaste plaie transversale, qui s'étendait d'un sterno-cléido-mastoïdien à l'autre, et qui intéressait la peau, les muscles de la région sous-hyoïdienne et la membrane thyro-hyoïdienne dans toute sa longueur. Un intervalle de plus de 81 millimètres séparait les deux bords de la plaie; tandis que les extrémités étaient éloignées l'une de l'autre au moins de 132 millimètres; aussi eût-elle pu admettre facilement la tête d'un fœtus à terme. Le bord supérieur n'était formé que par la base de la mâchoire, en arrière et au-dessus du niveau de laquelle était l'os hyoïde, que ses muscles releveurs tenaient fortement fixé dans ce point. Sur la lèvre inférieure, on voyait le cartilage thyroïde rapproché du sternum par les sterno-thyroïdiens, et, derrière ce cartilage, l'épiglotte qui avait heureusement échappé à l'instrument tranchant. En arrière, la plaie n'avait pour limite que la colonne vertébrale et la paroi postérieure du pharynx, que l'on voyait dans une grande étendue, la membrane thyro-hyoïdienne ayant été complétement divisée. Ses extrémités se trouvaient, des deux côtés, très-près du point où les carotides primitives se divisent en externe et interne. Une seule artère, la thyroïdienne supérieure, donnait du sang par jets saccadés. Le malade devait en avoir perdu beaucoup; car l'accident était arrivé depuis une heure environ; aussi était-il pâle, presque sans pouls, et cependant ses yeux étincelants annonçaient une exaltation cérébrale extraordinaire.

J'appris qu'arrivé depuis quelques heures d'une ville voisine, où il avait déjà donné des signes d'aliénation mentale, il s'était fait cette blessure avec un couteau, et en y revenant à plusieurs reprises. Son délire était tel, qu'après avoir jeté cet instrument, il avait porté deux de ses doigts pliés en crochet sur la lèvre inférieure de la plaie, afin de l'agrandir.

Quelle conduite devais-je tenir? Pouvais-je, comme le conseille Sabatier, me borner à lui faire fléchir la tête sur la poitrine, et la maintenir dans cette position avec un bandage approprié? Mais la flexion était éminemment insuffisante pour remédier à un aussi grand éloignement des parties, et si j'avais à l'employer, ce ne pouvait être que comme moyen auxiliaire d'un procédé plus efficace. Je ne devais pas espérer non plus que le développement des bourgeons charnus et la force de rétraction de la cicatrice fussent suffisants pour oblitérer une solution de continuité aussi étendue. La suture seule me parut en rapport avec la gravité du cas; j'augurai bien de son emploi, et je n'hésitai pas un instant à la pratiquer. Voici quel fut mon plan opératoire.

1° Ligature des vaisseaux ouverts;

2° Rapprochement de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde au moyen des points de suture entrecoupée, sans y comprendre la peau;

3° Suture de la peau.

Environné d'un grand nombre d'élèves en médecine et d'une foule de curieux qui avaient accompagné le blessé à l'hôpital, je commençai par lier l'artère thyroïdienne supérieure droite. Aucun autre vaisseau ne donnant du sang, je portai ensuite sur chaque côté du cartilage thyroïde à 16 à 18 millimè-

Digitized by Google

tres de la ligne moyenne, et à 8 millimètres au-dessous de son bord supérieur, une aiguille courbe garnie d'un fil ciré simple mais fort; je les fis pénétrer de dehors en dedans dans le larynx, et les élevant après vers l'os hyoïde, je les fis passer de dedans en dehors par-dessus cet os, qui se trouva de cette manière compris dans la suture. J'eus ainsi en haut un point d'appui qui ne pouvait me faire défaut. Dégageant alors les aiguilles des fils, et tirant légèrement sur ceux-ci, je rapprochai l'os hyoïde du cartilage thyroïde et les mis en contact parfait. Un nœud double les fixa dans cette position. Un des bouts de chaque fil fut coupé court, l'autre fut conservé avec une certaine longueur, afin de pouvoir être ramené au dehors et prévenir sa chute dans le larynx. Nul intervalle n'existait entre ces organes; la coaptation était parfaite. Craignant cependant que deux points de suture ne fussent pas suffisants, je me décidai à en porter un troisième entre les précédents, tout en respectant ce que j'avais déjà fait. J'armai donc d'un fil ciré une aiguille courbe représentant à peu près la moitié d'un cercle, dont le diamètre serait de 54 millimètres, et l'enfonçant d'abord de dehors en dedans sur la saillie moyenne du cartilage thyroïde à 7 millimètres du bord supérieur, je la fis ressortir en passant comme pour les autres de dedans en dehors au-dessus de l'os hyoïde; ce qui me fut facile par la forme de l'aiguille. Après avoir noué le fil, j'en coupai un bout au niveau de la plaie et laissai l'autre long dans le but déjà indiqué.

Les deux bords de la peau éloignés encore l'un de l'autre de près de 81 millim., malgré l'union de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde, qu'elle n'avait pas suivis à cause de la grande laxité du tissu cellulaire sous-cutané dans ce point, furent rapprochés et maintenus également en contact au moyen de plusieurs points de suture entrecoupée. Sur le milieu du bord inférieur se trouvait en outre, mais sur la peau seulement, une division verticale de 27 millimètres de hauteur; sa partie supérieure avait déjà été unie par un point de suture, l'inférieure fut laissée ouverte, pour donner issue au sang et au pus. Les trois fils de la suture du larynx furent ramenés au dehors à travers les lèvres de la peau et fixés au moyen d'une bandelette agglutinative. Une compresse imbibée de cérat fut mise sur la plaie; de la charpie sèche, une compresse, une bande complétèrent le pansement. Pour éviter les tiraillements de la plaie, pour soulager la suture, je fis fléchir la tête au malade, et la maintins dans cette position au moyen de deux bandes entrecroisées en X et fixées supérieurement à une autre bande entourant la tête inférieurement à un bandage de corps placé autour de la poitrine.

Comme je terminais le pansement, je m'aperçus que le malade était presque sans pouls, que ses extrémités étaient froides, que ses yeux jusque-là si brillants s'éteignaient, je crus qu'il allait mourir. Sur le champ je fis mettre des sinapismes aux jambes, et je dus lui faire donner, par cuillerées, une potion avec 20 gouttes de liqueur d'Hoffmann, 31 grammes eau de fleur d'oranger, etc.

Pendant près d'une heure, le blessé resta entre la vie et la mort; la chaleur, le pouls se ranimèrent enfin. Je fis alors suspendre la potion et enlever les sinapismes, afin de ne pas dépasser le but que je m'étais proposé.

Vers le soir, trois heures après l'opération, il survint une hémorrhagie, qu'en mon absence l'on arrêta avec quelques compresses, trempées dans l'eau froide, placées autour du cou.

Bientôt l'exaltation cérébrale reparaît. Le malade parle continuellement, pousse des vociférations et s'agite sans cesse. Toute la nuit se passe de la sorte, et malgré la surveillance dont il est l'objet, il défait les bandes qui lui font incliner la tête sur la poitrine.

20 juillet. Un peu plus de calme, toux légère, sang dans les crachats, mais non combiné avec eux comme dans la pneumonie, ce qui indique qu'il vient de la plaie; sa quantité n'est pas considérable. Une petite partie du liquide avalé s'échappe par celle-ci et vient mouiller l'appareil. (Tisane d'orge, bouillon par cuillerées.)

21 au 27. Les facultés intellectuelles du malade sont dans le même état; il a tout juste assez de raison ou mieux d'instinct pour ne pas porter les mains à sa plaie. A part cela, il parle, crie, s'agite continuellement, et se promène dans les salles, dans les cours, lorsqu'il peut tromper la surveillance des infirmiers. La toux est modérée; les crachats sont purulents; une petite partie des boissons passe toujours par la plaie, dont l'aspect fait espérer que malgré les folies du blessé la réunion immédiate réussira à peu près complétement. Presque pas de fièvre. (Même prescription.)

28 juillet. Marchetti a quelques instants de suffocation; une quinte de toux la fait passer. Les trois points de suture du larynx sont coupés avec les ciseaux et retirés au moyen du bout fixé au dehors. Il est facile de reconnaître que l'adhésion des parties est faite. Deux petites ouvertures, de 2 millim. environ de diamètre, existent seulement, une de chaque côté. (Orge, semoule.)

Du 30. L'ouverture du côté droit est complétement fermée; il n'existe plus que celle de gauche, qui s'est rétrécie. Le malade a encore aujourd'hui un instant de suffocation. La toux est toujours modérée et les crachats tendent à se rapprocher de l'état normal.

4 août. L'ouverture du côté gauche n'est plus qu'un pertuis, qui donne peu de pus. Marchetti est considéré comme à peu près guéri sous ce rapport;

Digitized by Google

mais son état mental étant toujours très-dérangé, on se décide à le faire passer à l'hôpital des aliénés, où il est confié aux soins du docteur Rech.

Là nous avons été le voir de temps en temps, et nous pouvons certifier que l'ouverture fistuleuse, après avoir persisté avec une suppuration plus ou moins abondante, pendant les mois d'août, septembre et octobre, était complétement guérie dans le mois de novembre de la même année 1836. On voyait au cou une cicatrice linéaire, sans difformité, ne paraissant nullement gêner les mouvements du larynx ni ceux de la déglutition. Le blessé ne toussait plus, seulement sa voix était un peu rauque. Bientôt, par les soins éclairés du docteur Rech, il recouvra presque entièrement la raison et put se rendre utile dans la maison.

Au moment où nous écrivons (3 janvier 1840), plus de trois ans se sont écoulés depuis lors; le malade n'a pas cessé de jouir d'une bonne santé et ne conserve de son accident qu'un peu de raucité dans la voix.

Nous n'aurions, certes, pas besoin d'accompagner cette observation d'aucune réflexion; le fait est assez concluant par lui-même. Une plaie affreuse, tellement grave que peut-être pas un de ceux qui nous entouraient ne la jugeât mortelle et ne considérât pas comme une folie l'opération que nous tentions, cette plaie est à peu près guérie dans quinze jours; elle guérit sans difformité, avec une cicatrice linéaire, sans bride, sans gêne sensible des mouvements du larynx; elle guérit chez un maniaque furieux, qui, hormis de couper les points de suture, a fait tout ce qu'il pouvait pour arriver à un résultat contraire. Et, ce succès, comment l'avons-nous obtenu? Est-ce en suivant les conseils de Sabatier et de quelques autres chirurgiens modernes? Bien loin de là; c'est en faisant précisément ce qu'ils proscrivent : c'est en employant la suture que nous devons la guérison et la vie de ce malheureux; elle seule a pu maintenir rapprochés des bords si éloignés et sollicités à s'écarter par des muscles, dont rien autre ne pouvait maîtriser l'action. Mais, si elle nous a réussi, nous croyons le devoir à la manière dont elle a été pratiquée : 1° à ce que nous avons pris un point d'appui sur l'os hyoïde; 2° à ce que nous avons fait une suture pour la peau seule et une autre suture pour l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Par la première de ces précautions, nous n'avions à craindre que la section du cartilage thyroïde, qui n'a pas eu lieu; par la seconde, c'est-à-dire en faisant deux sutures distinctes, une pour la peau, l'autre pour le cartilage et l'os, nous divisions l'effort que les points avaient à supporter, ce qui rendait la section moins facile et nous mettait les parties dans les conditions les plus favorables pour la réunion immédiate. Or, admettons que cette réunion par première intention n'eût pas pu se faire pour la couche profonde, c'est-à-dire pour l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, n'est-il pas évident que ces organes, soutenus par la peau, déjà réunie, lorsque les fils auraient coupé le cartilage, n'auraient pu s'écarter que d'un faible intervalle et qu'une réunion secondaire eût été immanquable. La guérison nous paraît une conséquence tellement naturelle d'un pareil procédé que nous serions surpris qu'elle n'eût pas lieu toutes les fois qu'on se comportera comme nous l'avons fait; et quant à la crainte que le pus, tombant dans la trachée, n'étouffe le malade, elle est, ce nous semble, à peu près chimérique, parce qu'il ne s'en forme que peu dans ce cas, et que d'ailleurs il est expulsé tout comme le sont les crachats.

La réunion ne s'est pas faite par contact immédiat entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, cela ne se pouvait pas; elle a eu lieu entre les parties molles recouvrant le bord inférieur du premier et le bord supérieur du second. Ces parties molles, formées par les débris de la membrane thyro-hyoïdienne, par des portions musculaires, par du tissu celluloso-fibreux, ne devaient présenter que peu d'épaisseur; aussi l'espace inter-hyoïdo-thyroïdien fut-il à peu près perdu; et cependant les mouvements de cette région n'en ont pas été gênés d'une manière appréciable, ainsi que nous l'avons déjà observé. Le seul inconvénient qui soit résulté de la suture, et auquel peut-être la plaie n'était pas par elle-même étrangère, c'est la raucité de la voix, due probablement à un peu d'hypertrophie de la muqueuse de la glotte, inconvénient certainement bien léger, soit d'une manière absolue, soit surtout lorsqu'on l'oppose au fâcheux état et à la mort probable du malade. Et si, malgré toutes les complications qui existaient dans ce cas, la suture a réussi, ne doit-on pas forcément en espérer un succès semblable chez les individus non privés de leur raison, chez ceux qui, voulant guérir, se soumettront à toutes les précautions qu'on leur prescrira?

Cette observation, bien qu'unique, nous paraît tellement forte de toutes les circonstances fâcheuses dont notre opération a triomphé, qu'il nous semble que les préceptes donnés par Sabatier doivent en éprouver une rude atteinte.

GAZETTE MÉDICALE. — Août 1840.

Cas remarquable de tumeur du crâne; par M. PALMER.

Le 5 septembre 1839, un jeune homme de vingt ans entra à l'hôpital avec une fracture de cuisse et une

contusion à la région occipitale. Il se plaignait beaucoup plus de sa tête que de sa cuisse, et au lieu qu'occupait la contusion on sentit une tumeur molle fluctuante et soulevée par des pulsations distinctes. La fracture de cuisse n'attira que fort peu l'attention une fois qu'on lui eut opposé les moyens ordinaires. Pendant les quatre premiers jours le malade se plaignit continuellement d'une céphalalgie violente et eut même du délire à plusieurs intervalles. La tumeur restait stationnaire. Le sixième jour les symptômes s'aggravèrent, et la céphalalgie acquit un caractère intolérable. Personne n'osait porter de diagnostic, un seul médecin, réfléchissant à la contusion de la région occipitale, pencha pour l'existence d'une tumeur hématique. M. Palmer fit une ponction exploratrice avec une aiguille à cataracte et en retira environ deux cent cinquante grammes d'un liquide transparent qui s'écoula par saccades comme le sang lancé par une ouverture artérielle. Après l'opération, le malade éprouva des vertiges, des frissons, des vomissements suivis d'un accès fébrile intense.

Le lendemain matin ces symptômes reprirent un caractère plus grave, puis ils cessèrent tout à coup.

Trois jours après on fit une seconde ponction qui offrit les mêmes circonstances et les mêmes suites que la première.

Ces opérations furent recommencées plusieurs fois et à peu près avec les mêmes suites. Mais après l'une d'elles, de violents frissons, une céphalalgie atroce, des vomissements, la sensibilité exagérée de l'œil à la lumière, annoncèrent le début d'une méningite qui parcourut toutes ses phases d'inflammation, d'épanchement et de compression sans que rien pût l'enrayer. Après quelques convulsions tétaniques, le malade succomba le 14 novembre.

Autopsie. — Arachnoïde épaissie; pie-mère très-vasculaire; à la base et à la surface du cerveau épanchement de lymphe et de pus; dure-mère au niveau des lobes postérieurs du cerveau et du cervelet. En découvrant la tumeur, on voit une large plaque osseuse s'étendre presque d'une apophyse mastoïde à l'autre et doubler l'écaille occipitale. Au bord inférieur de l'occipital se trouve une perte de substance qui agrandit l'intervalle occipito-atloïdien et établit une communication entre la tumeur extérieure et la cavité crânienne jusqu'au quatrième ventricule inclusivement. Les ventricules sont remplis du même liquide transparent auquel les ponctions ont donné issue, tandis qu'un liquide verdâtre semi-purulent recouvre la moelle. Au-dessous de sa tumeur l'occipital est privé de périoste et injecté de sang.

A la solution de continuité du fémur, le tissu osseux s'était reproduit en plus grande abondance et avec plus de rapidité que dans les cas ordinaires. Il est probable, ainsi que le dit M. Palmer, que la tumeur avait de longtemps préexisté à la chute qui n'a fait qu'en accélérer la marche et la terminaison funeste, questions sur lesquelles le malade n'avait pu fournir aucun renseignement. La plaque osseuse annonçait un plus long travail que deux mois n'en peuvent parfaire; et comment croire qu'il eût pu se former en quelques instants une tumeur fluctuante remplie de deux cent cinquante grammes de sérosité la même que celle des ventricules? Il n'y avait point d'ailleurs de trace d'os fracturés. Longue a été la discussion entre les médecins assemblés autour des pièces anatomiques pour arriver à déterminer la nature de la tumeur. L'un pensait que, formée primitivement hors du crâne, elle y avait pénétré, un autre qu'elle venait de cette cavité, un troisième opinait pour un kyste, un autre pour une sécrétion due à une carie de l'occipital; toutes opinions contradictoires que l'examen des pièces était loin d'appuyer. Une hypothèse, enfin, plus raisonnable que les autres, a fait remonter la tumeur à une hernie congénitale des méninges remplie par la sérosité des ventricules. La distension de ces membranes ne se serait opérée que très-lentement et sans amener de troubles fonctionnels jusqu'au moment de l'ébranlement violent de la chute. Les symptômes qui ont suivi les ponctions sont à peu près ceux, en effet, qu'on retrouve à la suite de celle de l'hydrocéphale.

JOURNAL DES CONN. MÉD.-CHIR.—Septembre 1840.

De l'amputation sus-malléolaire et de sa valeur thérapeutique; par M. F. L. Tavignot, interne des hôpitaux, membre de la société anatomique.

En parcourant les écrits que nous ont légués les chirurgiens de diverses époques, il n'est pas sans intérêt de voir comment, inventées par les uns et prônées par eux jusqu'à l'extrême, des méthodes opératoires sont tombées tout à coup dans l'oubli, rejetées par leurs successeurs qui en faisaient à peine mention.

La source de ce mal vient souvent, sans doute, de l'importance exagérée que certains chirurgiens attachent à ce qu'ils appellent leurs méthodes, leurs procédés opératoires, et de l'antipathie invincible qu'ils montrent parfois pour les découvertes des autres.

S'il est pénible de voir des questions d'amour-propre et de vanité se mêler aux intérêts de l'humanité et à un art qui touche de si près à la vie des hommes, on se console pourtant en pensant que, repris plus tard par des hommes impartiaux et désintéressés, ces points en litige pourront trouver une solution satisfaisante.

C'est ainsi, qu'inventée vers la fin du dix-septième

Digitized by Google

siècle, par un chirurgien hollandais, Van Solingen, de la Haye (1), l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles ne tarda pas à être abandonnée, pour être reprise quelques années après, par un chirurgien français, Ravaton (2), qui s'en crut l'inventeur (3), et la pratiqua le premier avec le plus grand succès. Son malade, entré aux Invalides, marchait avec la plus grande facilité à l'aide de la bottine de son invention ; il en sortit quelque temps après pour aller faire les campagnes d'Allemagne, qui durèrent pendant trois ans. Rien n'était comparable alors à un semblable succès, et cependant on sait combien était défectueuse la bottine inventée par Ravaton, puisque, d'une part, le poids du corps portait sans cesse sur la cicatrice qu'il tendait à déchirer, et que, d'une autre part, les moyens de fixité s'adaptaient au-dessus du mollet, lequel finissant par s'atrophier, rendait ainsi leur action presque nulle.

Depuis cette époque, l'amputation sus-malléolaire a été mise en usage par White, chirurgien de Manchester, et Brumfield (en 1740), qui tous deux prétendent avoir inventé une machine avec laquelle leurs malades marchent avec la plus grande facilité ; puis par Allanson et d'autres chirurgiens anglais (4) ; Petit-Radel la recommande dans l'*Encyclopédie méthodique ;* Benjamin Bell émet l'opinion que l'amputation au-dessus des malléoles se pratique plus facilement et avec moins de danger qu'au lieu d'élection.

Parmi les défenseurs de l'amputation à la partie inférieure de la jambe, nous devons citer encore Platner fils, Vacca Berlinghieri, Rossi (5), Ch. Bell, Guthrie, Salemi, Soubra, Goyrand (d'Aix) (6), Riberi, professeur à Turin, qui l'a pratiquée cinq fois. Keate, à Londres (7), et, dans ces derniers temps, MM. Roux, Blandin, Breschet, Velpeau, Sanson, Serre, Jobert, Laugier, Michon, Monod, Lenoir, etc.

Ainsi, comme on a pu s'en convaincre par ce court aperçu historique, c'est après avoir été pour ainsi dire abandonnée pendant plus d'un siècle que cette méthode opératoire vient de prendre définitivement rang dans la science.

(1) Manuel d'opérations, p. 240

(2) Pratique moderne de chirurgie, t. III, p. 472.

(3) Déjà avant Ravaton, Dionis l'avait conseillée implicitement, en enseignant qu'il faut couper la jambe tout le plus bas qu'il est possible, pourvu que l'on puisse conserver libres les mouvements du genou. (Traité des opérations, p. 742, 9e démon.)

(4) Manuel de l'amputation des membres, traduct. de Lassus.

(5) Méd. opérat., t. II, p. 206.

(6) J. hebdomadaire, n. 19, 1835. Quatre opérations suivies de succès (machine de Mille).

(7) Cité dans la thèse de Lenoir (1835, p. l'agrégation.)

Grâce aux chirurgiens dont nous venons de citer les noms, et à l'invention de moyens prothétiques plus parfaits, on peut affirmer, sans crainte d'être taxé d'exagération, que l'amputation sus-malléolaire a pris définitivement rang dans la pratique, et qu'elle est appelée aujourd'hui à rendre à la thérapeutique chirurgicale d'immenses avantages. Si, pour soutenir l'opinion que nous avançons ici, nous devions nous baser sur des raisonnements plus ou moins subtils, des théories plus ou moins ingénieuses, évidemment, ainsi posée, la question ne mériterait même pas un sérieux examen.

Mais en réunissant un assez grand nombre de faits observés pendant plusieurs années, en mettant ces faits en rapport les uns avec les autres, en tenant compte des cas de succès comme des cas malheureux, nous pourrons concourir à la solution de ce problème de chirurgie pratique. Si nous ne sommes pas assez heureux pour résoudre la question tout entière, nous aurons au moins fourni de nouveaux matériaux à ceux qui plus tard voudront faire l'inventaire des faits que la science possède, et décider en dernier ressort sur le lieu le plus convenable pour faire l'amputation de la jambe.

Examinons d'abord les différents procédés opératoires qui tour à tour ont été mis en usage pour pratiquer l'amputation sus-malléolaire. De cette manière, il nous sera plus facile de faire comprendre dans la suite l'influence de leurs modifications sur la cure plus ou moins prompte de la plaie du moignon, et aussi d'apprécier la forme et la configuration dernières du membre qui a subi l'amputation.

Parmi les diverses méthodes qu'on a successivement employées, parlons d'abord de celle à lambeaux.

1° Tout le monde sait que Ravaton, sur le malade qu'il opéra, mit en usage la méthode à deux lambeaux, un antérieur et interne; l'autre postérieur et externe. Quoique Ravaton n'ait pas indiqué d'une manière précise la hauteur du membre à laquelle il opérait, il est probable cependant que c'était à une distance assez grande des malléoles, de manière à avoir encore assez de substance musculaire pour tailler ses lambeaux.

2° Un chirurgien italien, Salemi (1), a proposé de tailler un seul lambeau postérieur assez large pour recouvrir la plaie tout entière. Il prétend que, de cette manière, la réunion est plus prompte et plus parfaite, la cicatrice n'ayant aucune tendance à se déchirer. Ce procédé a été employé sur le malade opéré par M. Robert, et qui a été guéri le trentième jour (2). M. Breschet l'a mis lui-même

(1) Journ. analytique de médecine, 1829.

(2) Dict. de méd., 2e édit., t. XVII, p. 200. Bérard.

Digitized by Google

en pratique sur un jeune homme qu'il a dernièrement amputé, comme ressource dernière, et qui n'a pas tardé à succomber, comme nous le dirons par la suite.

La méthode circulaire est la plus généralement employée ; c'est celle que mettent en usage MM. Vacca, Roux, Velpeau, Goyrand, etc. 1° L'incision circulaire est pratiquée à un travers de doigt au-dessus des malléoles; la peau est relevée en manchette, dans une étendue qui varie de 2 à 3 centimètres ; on procède ensuite à la section du tendon d'Achille, puis des tendons antérieurs et latéraux dans ce point correspondant à la base du pli cutané. Le couteau inter-osseux est ordinairement inutile, à cause du peu d'écartement des deux os dans ce point ; c'est donc avec un bistouri que l'on termine la section des chairs.

2° M. Roux a quelque peu modifié ce procédé, en conseillant de scier le péroné dans un point plus élevé que le tibia. Pour cela, il incline obliquement la scie en haut et en dehors.

3° Si la disposition conique de la peau s'opposait par trop au retroussement de la manchette, il serait aisé de faciliter ce temps de l'opération, à l'aide d'une incision abaissée perpendiculairement sur la première.

4° J'ai vu pratiquer un certain nombre de fois l'amputation de la jambe à sa partie inférieure, par M. Blandin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, constamment je lui ai vu mettre en usage le procédé suivant: une incision circulaire est d'abord pratiquée comme dans les cas ordinaires, puis deux incisions perpendiculaires à la première sont abaissées en avant et en arrière du moignon. On dissèque ensuite les deux lambeaux de peau qui en résultent, et on procède ultérieurement à la section des chairs, etc. Cette modification de la méthode circulaire nous paraît avantageuse en ce sens que son exécution est en général plus rapide, et que l'incision inférieure, dans laquelle se placent habituellement les fils à ligature, donne une libre issue à la suppuration qui se forme presque toujours en plus ou moins grande quantité.

5° M. le docteur Lenoir fait une incision circulaire des téguments, à un pouce et demi environ au-dessous du lieu où il veut pratiquer la section des os. Puis il abaisse perpendiculairement à la première une deuxième incision, longue d'un pouce et demi et longeant la crête du tibia. Dissection des deux angles de peau et section des brides fibreuses, qui unissent en arrière la peau aux parties sous-jacentes. On fait agir largement le couteau du bord externe au bord interne du tibia, en suivant exactement la direction oblique de la manchette cutanée. Rétraction et de la peau et de la couche musculaire superficielle, puis section tout à fait transversale de la couche profonde des muscles (1).

Il serait difficile d'établir *à priori* lequel de ces divers procédés opératoires mérite la préférence sur les autres. Chacun d'eux au contraire paraît devoir trouver son application dans des circonstances pathologiques données. Dans l'étude des faits particuliers à laquelle nous allons nous livrer, nous aurons soin de noter scrupuleusement cette circonstance de l'opération, c'est-à-dire le procédé mis en usage par le chirurgien, afin que nous puissions ultérieurement tirer de ces faits individuels des conclusions générales sur la valeur absolue de tel ou de tel procédé.

Obs. I. — Gignet, âgé de 30 ans, sacristain de l'Hôtel-Dieu, d'une constitution détériorée par la suppuration abondante qu'entraîne un vaste ulcère qu'il porte depuis plusieurs années à la jambe gauche. Cette solution de continuité ancienne a succédé à une fracture comminutive des deux os de la jambe à sa partie inférieure ; plusieurs esquilles ont été extraites à différents intervalles après s'être longtemps opposées à la cicatrisation de la plaie.

Entré dans le courant de l'année 1839, dans le service de M. Blandin, il fut soumis à l'action de l'appareil calorifère que l'on expérimentait alors ; son état en fut singulièrement amendé, à tel point que l'ulcère fut réduit aux dimensions d'une pièce de cinq fr.; tandis que lors de son entrée, il était au moins aussi large que la paume de la main. Mais voyant son état rester stationnaire, le malade demanda et obtint sa sortie pour se livrer de rechef à ses occupations journalières.

Quelque temps après, ulcération de la cicatrice, envahissement progressif de la plaie qui reprend bientôt ses dimensions premières, et qui finit enfin par s'étendre en faisant de continuels progrès. Dès lors instances réitérées du malade auprès de M. Blandin pour se faire pratiquer l'amputation sus-malléolaire qu'il avait vu plusieurs fois réussir dans les salles pendant son séjour à l'hôpital. Après avoir résisté longtemps, ce chirurgien, se fondant sur le peu d'efficacité qu'avait eue un dernier traitement par les bandelettes (aidé du repos le plus complet), et sur l'extension progressive de l'abcès qui occupait alors le quart inférieur de la jambe et épuisait la constitution du malade, prit le parti violent, mais rationnel, de

(1) Nous avons cru devoir, en corrigeant les épreuves, remplacer l'ancien procédé de M. Lenoir, que nous avions emprunté à sa thèse, par celui plus récent qu'il vient de décrire dans les archives, 1840, t. VIII, p. 263. Il est aussi à regretter que notre travail, déposé depuis plusieurs mois dans les bureaux de la Gaz. Méd., n'ait pas pu profiter davantage des idées judicieuses que renferme le sien.

Digitized by Google

pratiquer l'amputation à la partie inférieure de la jambe (28 avril 1840).

La cicatrisation de la plaie du mignon ne présenta rien de particulier; cependant je dois dire que sa marche fut entravée par un érysipèle (alors endémique dans la salle) qui se développa le quatrième jour de l'opération. Mais heureusement combattu par des sangsues en certain nombre (30), appliquées sur les ganglions inguinaux enflammés et tuméfiés, il ne tarda pas à disparaître, et à laisser marcher le travail de cicatrisation un instant interrompu.

Le 26 avril, c'est-à-dire 28 jours après l'opération, la guérison de la plaie est complète, l'état général on ne peut plus satisfaisant. Il mange les trois quarts. Si ce n'était la bottine qu'il attend avec impatience, il pourrait sortir aujourd'hui (29 mai) et reprendre ses occupations habituelles, d'ailleurs assez peu fatigantes.

Obs. II. — Clément, blanchisseur, âgé de 48 ans, entré à l'hôpital le 21 février 1839, est couché au n. 37 de la salle Sainte-Agnès. On constate le lendemain à la visite une tumeur blanche du pied gauche avec trajets fistuleux, carie de plusieurs os du tarse, et notamment du scaphoïde et de la tête de l'astragale, etc. Divers traitements, la compression, entre autres, ayant échoué, on se décide à l'amputation après sept semaines de séjour du malade à l'hôpital. Le procédé mis en usage fut celui qu'a imaginé M. Blandin, et que je lui ai toujours vu mettre en usage depuis trois ans. La réunion eut lieu dans les trois quarts supérieurs de la plaie par première intention; le point le plus déclive et qui donnait issue aux ligatures fournit seul de la suppuration. Aucun accident n'étant survenu pendant le travail de cicatrisation, la guérison fut complète le trente-cinquième jour; et si le malade séjourna longtemps à l'hôpital, ce fut pour attendre sa jambe artificielle, avec laquelle il marcha ensuite de la manière la plus satisfaisante.

Cet homme a pu reprendre ses travaux; et quand nous l'avons revu, plusieurs mois après, il nous a assuré que son infirmité inappréciable pour les personnes qu'il fréquentait le gênait à peine lui-même et qu'il avait pu reprendre toutes ses occupations comme par le passé.

Obs. III. — Le nommé Vignat (Pierre) est entré le 29 mai 1839 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, salle Sainte-Marthe, avec un gonflement des os du tarse, du côté gauche; nonobstant un traitement de cinq mois qui consista surtout en cautères appliqués autour de la tumeur, en frictions mercurielles, etc., l'affection osseuse n'en fit pas moins de rapides progrès et donna bientôt naissance à des abcès multiples qui furent successivement ouverts.

Voyant l'état stationnaire de la maladie locale, tandis que la constitution du sujet se détériorait de plus en plus, M. Roux se décida à pratiquer l'amputation sus-malléolaire par la méthode circulaire le 8 décembre 1839. La plaie se cicatrisa on ne peut mieux, à tel point que le 15 janvier, ce malade est sorti avec la bottine de M. Martin dans un état on ne peut plus satisfaisant. Mais il paraît qu'une marche assez prolongée a ulcéré le moignon, car le malade fut forcé de rentrer à l'hôpital le premier mars; il en est sorti, le 7 mai, complètement guéri.

Obs. IV. — Julie, âgée de neuf ans, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, cheveux châtains, ayant eu des engorgements glandulaires dont cependant il n'est pas resté de traces, est affectée depuis dix mois d'un gonflement douloureux du pied gauche, qui a toujours été en augmentant depuis cette époque. Sa mère, voyant inutiles les divers traitements qu'on lui avait fait subir chez elle, se décida à l'amener à l'Hôtel-Dieu, le 2 mars 1839. Elle est couchée au n. 39 de la salle Saint-Jean.

A son entrée, on constate l'existence de plusieurs fistules situées à la partie antérieure de la région dorsale du pied, et qui donnent issue à une abondante suppuration sanieuse et de mauvais aspect; un stylet explorateur permet de constater l'altération des os cunéiformes et du scaphoïde, mais on suppose que l'altération ne s'étend pas au delà, et quoique la peau de la face plantaire du pied présente de nombreuses altérations, on ne s'en décide pas moins à pratiquer l'amputation partielle par la méthode de Chopart le 25 mars. Le lambeau plantaire, vu l'altération de cette région, ne put être taillé assez large pour recouvrir en totalité les surfaces osseuses mises à nu. La réunion fut incomplète, de nouveaux trajets fistuleux se formèrent; et six semaines après, c'est-à-dire le 10 mai, on reconnut à l'aide du stylet une ulcération de l'astragale et du calcanéum. On se décida dès lors à pratiquer l'amputation sus-malléolaire, seule ressource qui restât pour sauver les jours de cette malheureuse enfant.

Cette fois, par une sorte de compensation, la réunion fut immédiate, aucun accident n'entrava la marche de la cicatrisation, et le trente-sixième jour de son opération (16 juin) la malade était complétement guérie. Elle a encore attendu quelque temps sa jambe artificielle, puis elle est sortie marchant avec la plus grande facilité.

Nous l'avons revue depuis cette époque, et elle jouissait encore de tous les bienfaits de l'opération.

Obs. V. — Le 13 décembre 1838, Gay, jeune enfant de 8 ans, tomba près d'une voiture pesamment chargée, et dans sa chute eut le pied écrasé par une de ses roues. Transporté à l'Hôtel-Dieu il fut couché au n. 30 de la salle Sainte-Agnès.

On constate à la visite du 14 une attrition énorme des parties molles; les bords de la plaie étaient souillés par du sang coagulé répandu en nappe. L'ap

pareil provisoire qu'on avait appliqué est taché par un suintement séro-sanguinolent. L'ecchymose ne s'étend pas au delà de la plaie contuse; l'exploration avec un stylet ayant confirmé ce que la simple inspection avait fait présumer, un écrasement des os du tarse, M. Blandin se décide à une amputation immédiate. Celle-ci fut pratiquée sur des tissus entièrement sains, et le moignon placé dans l'appareil calorifère du docteur Jules Guyot.

L'état du jeune malade fut on ne peut plus satisfaisant jusqu'au 18. On constata alors un endolorissement général du moignon, remontant jusqu'au mollet; un aspect blafard des bords de la plaie, avec légère odeur gangréneuse; on supprima l'appareil calorifère que l'on remplaça par un pansement simple.

Le 26 décembre, le malade se trouve dans l'état le plus satisfaisant; la plaie du moignon est en voie de cicatrisation et présente un bon aspect.

29 décembre. On continue le pansement simple; un peu de diarrhée. La plaie tend à se réunir par seconde intention; au fond de celle-ci et dans le point correspondant aux surfaces osseuses du tibia et du péroné, on rencontre des fongosités blafardes et saignantes, qui paraissent naître de la membrane médullaire. Cette circonstance conduit à mettre en usage les lotions chlorurées.

7 janvier. État de plus en plus satisfaisant; la plaie est presque complétement cicatrisée; on s'occupa dès lors de procurer au malade la bottine de M. Martin.

Il est sorti de l'hôpital un mois environ après sa guérison, après s'être exercé tous les jours à marcher et à courir dans les salles avec sa jambe artificielle. Il avait fini par marcher si bien qu'à le voir on n'aurait jamais supposé que cet enfant avait perdu une partie de son membre inférieur. Ce beau résultat de l'amputation sus-molléolaire a d'ailleurs été confirmé par plusieurs chirurgiens visitant les salles de l'Hôtel-Dieu et auxquels M. Blandin a pris plaisir à le montrer.

Obs. VI. — Jules G., âgé de 37 ans, ex-artilleur, a fait il y a deux ans une chute de cheval, dans laquelle son pied droit a porté et a subi un mouvement de torsion assez violent. Depuis cette époque il a constamment éprouvé de la douleur dans cette partie. Depuis un an il s'y est joint du gonflement, et des trajets fistuleux se sont établis depuis six à sept mois. Cette affection assez grave, comme on le voit, a avancé sa sortie de la carrière militaire et l'a fait entrer à l'Hôtel-Dieu le 20 février 1839. Il fut couché au n. 37 de la salle Sainte-Agnès.

Divers traitements ayant été mis en usage sans succès appréciables, le mal faisant au contraire d'incessants progrès, M. Blandin se décida dès lors à l'amputation sus-malléolaire qui fut pratiquée le 7 mars.

La réunion par première intention fut tentée avec quelques chances de succès, lorsque le troisième jour, c'est-à-dire le 10 mars, on s'aperçut que les lambeaux du moignon offraient une coloration grise, noirâtre, avec odeur gangréneuse. Des lotions chlorurées furent mises en usage, et, comme on le comprend, il fallut perdre l'espoir d'une réunion immédiate; quoi qu'il en soit la plaie se couvrit de bourgeons charnus après la chute des eschares; peu à peu elle finit par se rétrécir, et deux mois après elle était complétement cicatrisée.

Le malade complétement guéri reste encore longtemps à l'hôpital en attendant la jambe artificielle. Depuis il est revenu plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu revoir M. Blandin, et tout le monde a pu constater avec quelle facilité il exerçait divers mouvements, soit pour marcher sur un plan horizontal, soit pour monter ou descendre un escalier.

Obs. VII. — La nommée Sierry, âgée de 17 ans, journalière, d'une assez faible constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 21 octobre 1839, et fut couchée dans le service de M. Blandin, salle St-Jean, n. 23.

Cette jeune fille était affectée d'un gonflement assez considérable de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche; gonflement dont le début remontait à une année. Cette tumeur blanche fut attaquée inutilement par divers traitements différents les uns des autres, et qui, dans d'autres circonstances, nous avaient fourni d'heureux résultats. C'est ainsi que des sangsues en grand nombre, des vésicatoires, ne produisirent aucune amélioration notable. On mit aussi en usage la compression longtemps continuée à l'aide de l'appareil dextriné, compression si efficace dans certaines variétés de tumeurs blanches (celles qui débutent par les parties molles ou extra-articulaires, par exemple). Mais le mal alla toujours en augmentant; des trajets fistuleux de formation récente fournissaient une abondante suppuration, et permirent de constater l'altération d'un ou plusieurs os du tarse.

Le 15 mars, on se décida à pratiquer l'amputation sus-malléolaire, qui ne présenta rien de particulier. Pansement simple, réunion immédiate, etc.

Le 19, elle fut prise d'un érysipèle du membre inférieur, qui nécessita des applications de sangsues sur les ganglions inguinaux tuméfiés. La cicatrisation de la plaie, quelque peu retardée par cet accident, malheureusement trop fréquent à la suite des opérations, n'en fit pas moins de rapides progrès vers la guérison, qui fut complète le 29 mai 1840. Depuis cette époque jusqu'à celle de sa sortie, qui eut lieu vingt jours après, la malade s'est exercée à marcher dans les salles avec la bottine de M. Martin.

Digitized by Google

Difficile et peu assurée d'abord, la marche est devenue peu à peu facile et sûre, à tel point, qu'aujourd'hui que son éducation est terminée, tout en constatant une légère claudication, on ne soupçonnerait jamais chez elle la nature de l'opération qu'elle a subie.

Obs. IX. — J., de Courtan, cultivateur, âgé de 48 ans, d'un tempérament sanguin, mais d'une constitution déjà affaiblie par les progrès de sa maladie.

Cet homme est affecté d'une carie des os du tarse, avec plusieurs trajets fistuleux, et il demande l'opération pour le débarrasser des vives douleurs qu'il éprouve.

Le 8 juin 1837, il fut couché au n. 38 de la salle St-Jean (Hôtel-Dieu), dans le service de M. Blandin, et opéré par lui, d'après la méthode circulaire qu'il a modifiée.

Le 9, le malade se plaint d'avoir souffert beaucoup de son moignon; dès lors on retire une bande roulée que l'on avait appliquée immédiatement sur la peau.

Le 12 juin, ce malheureux fut pris d'un érysipèle avec lignes rouges indiquant le trajet des lymphatiques enflammées.

Le 15, la douleur du moignon persiste; l'érysipèle a fait peu de progrès, grâce sans doute aux émissions sanguines, sur les ganglions engorgés. La réunion immédiate a eu un plein succès.

Le 19 juin. Ballonnement du ventre; sécheresse de la langue; la douleur du moignon est très-vive au plus léger contact. La réunion, qui avait paru immédiate les jours précédents, n'existe plus aujourd'hui.

Les symptômes adynamiques ont été en augmentant jusqu'au 23 juin, où survint la mort du malade.

L'autopsie a démontré d'une manière plus positive encore que l'examen des symptômes, que cet opéré avait succombé à une infection purulente.

Du pus fut trouvé en effet dans différentes veines, et entre autres, dans celles de la partie centrale des os, du canal médullaire; des abcès métastiques existaient également dans l'intérieur des différents viscères thoraciques et abdominaux, et en particulier dans le foie, où ils se trouvaient en assez grand nombre.

Obs. X. — La nommée Ollier (Rose-Marguerite), âgée de 50 ans, fut renversée par une voiture de maraicher, dont la roue lui passa sur la partie interne du tarse droit, au-dessous de la malléole, et atteignit la face dorsale du pied, où elle produisit un écrasement du tarse, du métatarse, ainsi que de plusieurs orteils.

Elle entra immédiatement à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, n. 36, service de M. Blandin (20 juin 1837).

Le 23 juin, l'état du pied s'est aggravé de beaucoup; des eschares gangréneuses existent sur différents points, de telle sorte qu'une incision de 2 centimètres a pu être pratiquée pour donner issue à la suppuration sans que la malade en ait eu conscience. Dès lors, on procéda immédiatement à l'amputation sus-malléolaire, d'après le procédé de M. Blandin. Pansement simple; réunion par première intention; l'examen du pied n'a pas tardé à démontrer une fracture comminutive des os du tarse et de la tête des métatarsiens, etc. Les jours suivants, pas de fièvre; langue un peu rouge sur ses bords et à sa pointe, toutefois encore un peu humide. Douleurs abdominales assez vives, coliques; les bords de la plaie, qui d'abord avaient paru réunis par première intention, sont aujourd'hui séparés; la malade a un peu de diarrhée. (Bouillon coupé; lavement émollient.)

1er juillet. L'état général est loin d'être satisfaisant; le pouls, qui n'est pas très-fréquent, est irrégulier. Le ventre est ballonné; insomnies, frissons, suivis de chaleur et de sueur. Le moignon paraît tuméfié et vivement enflammé. On applique dessus un large cataplasme, et on sonde la malade, qui n'a pu uriner d'elle-même.

Le 3, même état général, les lambeaux de peau qui avaient été conservés pour la réunion immédiate se sont gangrénés. (Bouillon de poulet.)

Le 4, développement d'un érysipèle traumatique, qu'on a pu cependant arrêter par des applications de sangsues. La membrane médullaire est gonflée et fait une saillie avec boursoufflement; les frissons persistent et plus forts et plus longs que les premiers. L'examen de la poitrine démontre de la matité dans le côté droit, qui est le siége d'une assez vive douleur (cataplasme sur le moignon); diarrhée, météorisme; peu de fièvre; peau à l'état normal pour sa température.

Le 15, on ouvre quelques phlyctènes qui s'étaient développées à la partie interne du genou (1).

La mort arriva au 7 juillet, avec l'appareil de symptômes appartenant à l'infection purulente.

A l'autopsie, on trouva des abcès métastatiques dans les poumons, dans le foie; du sang coagulé existait dans les veines du moignon, et même dans celles des os. La membrane médullaire est le siége d'une vive inflammation, et cela dans une certaine étendue. L'examen le plus attentif ne put nous faire *constater* la présence du pus dans les veines.

Obs. XI. — La nommée Bla., âgée de 64 ans, est

(1) Cette reproduction de la gangrène après l'amputation, ainsi que cela a encore été constaté pour l'obs. V, ne tiendrait-elle pas à l'amputation pratiquée avant la limitation par un cercle inflammatoire, plutôt qu'à la nature de l'opération elle-même?

Digitized by Google

entrée à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, n° 39, le 15 janvier 1840. Jouissant habituellement d'une bonne santé, elle éprouve en marchant, depuis un an environ, des picotements très-incommodes; au niveau de la malléole, du côté gauche. Bientôt ils sont devenus continus et assez violents pour empêcher parfois la malade de dormir; puis, à ces picotements, succédèrent des élancements presque continus, une sensation très-douloureuse dans toute la plante du pied qui la mettait dans l'impossibilité de l'appuyer par terre. Dans ces accès de douleurs, le mouvement et la sensibilité des orteils étaient complétement abolis.

Après un certain temps, elle s'aperçut un soir, en se couchant, qu'il existait au-dessus de la malléole interne du côté gauche, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, mais qui fixa peu son attention. Depuis lors, elle a toujours été en augmentant.

A son entrée, on trouve une tumeur irrégulière, bosselée, du volume du poing ou à peu près, située à la jambe gauche, au-dessous de la malléole interne. La peau y est adhérente dans presque toute son étendue; on croit qu'il n'existe pas d'adhérence avec les os, vu sa mobilité. C'est cette circonstance qui a surtout contribué à en faire tenter l'extirpation.

Le 20, en effet, M. Blandin pratique une incision circulaire, en dissèque les lambeaux, et se met en devoir de l'isoler des parties environnantes. Mais s'apercevant bientôt des nombreux prolongements qu'elle envoie sous la voûte du calcanéum et dans les gaînes des tendons fléchisseurs, la voyant de plus traversée par le nerf tibial postérieur et par l'artère, l'opérateur se décide à pratiquer immédiatement l'amputation sus-malléolaire; réunion immédiate; pansement simple, etc.

Du 21 au 24. Céphalalgie; délire; gêne extrême de la respiration.

Le 25, gangrène de la portion de peau formant les bords de la plaie du moignon.

Le 26, même état de la plaie; rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme.

Le 27, état de faiblesse et de profonde adynamie. Mort dans la journée.

L'autopsie n'a pu être faite. On avait affaire là à un névrôme assez volumineux développé sur le trajet du nerf plantaire interne.

Après l'exposé aussi succinct qu'il nous a été possible de ces onze observations, que nous avons crues nécessaires et indispensables pour tracer un plan général de la marche et des accidents qui peuvent compliquer l'amputation sus-malléolaire, nous pensons qu'il convient maintenant de ne donner de celles que nous possédons encore que ce qui sera strictement nécessaire pour traiter la question qui nous occupe, et il est d'autant plus convenable d'en agir ainsi, que nous avons gardé à cet effet les cas les plus simples; c'est-à-dire ceux où les circonstances qui ont suivi l'amputation ont été aussi régulières et uniformes que possible.

Obs. XII. — Barreau, entré le 1er avril 1840, dans le même service, opéré le 23 pour une carie des os du tarse. La réunion fut presque immédiate et la guérison parfaite.

Obs. XIII. — Mark, entré le 24 mars, opéré le 29 avril pour une carie de la malléole interne, suivie d'altération de l'articulation tibio astragalienne et de trajets fistuleux assez nombreux. Guérison.

Obs. XIV. — Foret, entré le 24 avril, a subi, le 29, l'amputation sus-malléolaire pour un gonflement assez considérable de la partie postérieure du pied, avec fistules, qui ont permis de reconnaître, à l'aide du stylet, une nécrose centrale du calcanéum, que l'on aurait attaquée dès lors avec la gouge et le maillet, s'il n'avait existé en même temps une carie des autres os du tarse, qui ont bientôt décidé M. le professeur Roux à prendre un parti plus violent. La guérison a été parfaite et le malade serait depuis longtemps sorti de l'Hôtel-Dieu s'il n'avait été affecté d'une tumeur blanche du coude, dont la guérison ne saurait être prochaine.

Obs. XV. — M. Michon m'a rapporté l'observation d'un malade qu'il a opéré, il y a deux ans, dans le service de M. Breschet, à l'Hôtel-Dieu, qu'il remplissait par interim. Le sujet de cette observation, qui n'a rien offert de particulier, a parfaitement guéri.

Obs. XVI. — A peu près à la même époque, M. le docteur Robert, qui faisait également à l'Hôtel-Dieu un service par interim, a pratiqué, sur un homme de 32 ans, l'amputation à la partie inférieure de la jambe, d'après le procédé de Salemi, c'est-à-dire avec un lambeau postérieur. Il y trouve cet avantage, d'abord d'avoir une cicatrice au pourtour du moignon, au lieu de l'avoir au centre, comme dans les autres procédés, ce qui expose moins, dit-il, à une ulcération consécutive; puis de rendre plus rapide la cicatrisation de la plaie, ou, en d'autres termes, la guérison. Le fait est que le malade de M. Robert était guéri le trentième jour (1).

Obs. XVII. — Blondet, âgé de 31 ans, entré le 30 décembre 1830 dans le service de M. Roux, opéré le 3 janvier pour une altération déjà assez avancée de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Guérison en cinq semaines.

Obs. XVIII. Moquet, entré le 21 janvier 1840,

(1) Observation déjà rapportée par M. Bérard dans le Dict. en 25 vol., t. XVII, p. 260. C'est le seul fait déjà publié dont je me sois servi dans ce travail. J'en ai agi ainsi d'abord parce que les autres cas imprimés jusqu'ici sont généralement connus de tous ceux qui font de la science, et que, d'ailleurs, je tenais surtout à établir mes conclusions sur des faits directement observés par moi.

Digitized by Google

opéré par M. le professeur Roux, le 25 du même mois, pour une tumeur blanche du pied; pas d'accidents. Guérison.

Obs. XIX. — Dans les premiers jours du mois de juin 1839 est entrée à l'hôpital de la Charité la nommée Louise V..., âgée de 25 ans, d'une constitution scrofuleuse très-prononcée, affectée depuis trois ans d'un gonflement assez considérable de la région tarsienne du pied droit. A dater de cette époque, le mal a toujours fait des progrès, et deux fistules n'ont pas tardé à se manifester à la partie externe du pied, au niveau du cuboïde. La malade a conservé toutefois une complète liberté de l'articulation tibio-tarsienne.

L'état de la malade étant loin de s'améliorer sous l'influence des divers traitements appropriés que l'on mit en usage, M. Velpeau se décida à l'amputation sus-malléolaire, qu'il mit en usage, en pratiquant la méthode circulaire (20 juin). Les choses allaient on ne peut mieux, et la plaie était sur le point de se cicatriser, le 15 juillet, lorsque plusieurs abcès s'étant développés sur le moignon, à différentes reprises, nécessitèrent des incisions multiples, qui ont retardé de six semaines la guérison de la malade. Elle est sortie dans le commencement de septembre, avec la jambe de M. Martin, dont elle se servait avec la plus grande dextérité; c'est à peine si on peut constater une légère claudication.

Je tiens de mon ami M. Grandhomme, qu'elle est revenue plusieurs fois depuis à l'hôpital de la Charité, marchant encore mieux que lors de sa sortie. On lui a même fait exécuter quelques pas de danse, ce dont elle s'est acquittée avec beaucoup de facilité, à tel point qu'il eût été impossible à une personne non prévenue de soupçonner même la mutilation que cette femme avait subie. Aussi est-il à regretter que sous l'influence du mauvais état de sa constitution, il se soit développé au coude gauche un gonflement assez considérable, qui paraît n'être rien moins qu'un commencement de tumeur blanche de cette articulation.

Obs. XX. — Le docteur Monod, lorsqu'il était encore chirurgien de l'hôpital Cochin, a pratiqué, sur un malheureux ouvrier, affecté d'une altération assez profonde de la partie inférieure de la jambe et du pied, résultat d'une fracture comminutive, l'amputation sus-malléolaire. La guérison ne se fit pas attendre longtemps; mais, soit que la bottine n'ait pas été fabriquée avec tous les soins convenables, soit que la nature de ses occupations y ait été pour quelque chose, toujours est-il que chez cet homme le résultat n'a pas été aussi satisfaisant que dans tous nos autres cas, puisque la marche est moins facile et beaucoup plus fatigante que d'ordinaire.

Obs. XXI. — Sur un jeune homme, affecté d'une altération profonde des os du pied, M. Michon a pratiqué, en 1838, à l'Hôtel-Dieu, l'amputation de la partie inférieure de la jambe. Le résultat n'a pas été heureux, car le malade a succombé le cinquième jour avec des accidents convulsifs.

Obs. XXII. — Un ouvrier, âgé de 25 ans, est entré, au commencement du mois de mai dernier, dans le service de M. Breschet, pour une entorse assez violente du pied droit. Un gonflement assez considérable survint, avec frissons, chaleur, fièvre, etc. Au bout de quatre ou cinq jours se développèrent des symptômes graves, indiquant une infection purulente, en même temps que la lésion locale faisait d'incessants progrès.

Les accidents ayant paru diminuer un peu, quelque temps après, M. Breschet se décida à pratiquer l'opération sus-malléolaire d'après le procédé des Salemi, mais les symptômes généraux n'en ont pas moins continué avec plus d'intensité jusqu'à la mort du malade, qui eut lieu trois jours après. Dans ce cas, évidemment, l'amputation sus-malléolaire n'a été pour rien dans la terminaison fatale; elle n'avait pas le pouvoir d'arrêter ces accidents, précurseurs si terribles, et auxquels le malade a succombé. J'ai dû pourtant tenir compte de ce fait et le compter parmi les cas de revers (1).

C'est maintenant surtout que nous sommes appuyés sur une observation assez vaste, comme on a pu s'en convaincre par les faits rapportés plus haut; c'est maintenant, dis-je, qu'il convient plus que jamais d'examiner les objections plus ou moins sérieuses mises en avant par les antagonistes de l'amputation à la partie inférieure de la jambe. En mettant leurs arguments en rapport avec nos faits; ces arguments plus sérieux et plus logiques sans doute, nous verrons jusqu'à quel point leurs craintes et leur antipathie se trouvent justifiées.

On a prétendu d'abord qu'en pratiquant l'amputation à la partie inférieure de la jambe, c'est-à-dire sur une portion du membre, pourvue d'une assez grande quantité de cordons tendineux, on s'exposait ainsi volontairement à l'exfoliation ultérieure de ces tendons, accident qui devait singulièrement retarder la guérison. Mais, comme on l'avait déjà pressenti, même avant la lecture de nos observations, cette crainte n'est pas fondée; les tendons suivent les fibres musculaires; ils se rétractent, et plus tard leur extrémité libre prend part au travail de cicatrisation. Des cordons fibreux de formation récente semblent les prolonger jusqu'aux nouvelles surfaces osseuses où ils viennent dès lors s'insérer. Ceux qui d'ailleurs ont formulé cette objection ont pris soin de la ré-

(1) Depuis deux mois l'amputation sus-malléolaire a encore été pratiquée deux fois à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Velpeau; dans ces deux cas, la terminaison a été favorable. (Jules Ferra.)

Digitized by Google

futer eux-mêmes; car en effet ils pratiquent tous les jours sans le moindre accident de ce genre l'amputation de l'avant-bras à la partie inférieure, c'est-à-dire dans un point où les tendons sont plus nombreux encore qu'à la portion du membre inférieur qui nous occupe maintenant.

Parmi les accidents que l'on voit parfois arriver à la suite de l'amputation sus-malléolaire, il faut noter les fusées purulentes, suivant les gaînes tendineuses si nombreuses dans ce point. Cette complication qui s'est rencontrée dans notre 19e observation n'est pas toujours aussi simple qu'elle l'a été dans ce cas particulier. Pour prévenir des accidents qui pourraient devenir très-graves comme cela arrive parfois à la suite de l'amputation partielle du pied, par la méthode de Chopart, il convient de mettre en usage un mode de pansement bien simple, et qui consiste à appliquer immédiatement après l'opération des compresses graduées sur les parties latérales et postérieures du moignon; et de les maintenir à l'aide d'une bande roulée médiocrement serrée jusqu'après la période de cicatrisation de la plaie. C'est sans doute à l'observance de ce précepte que M. Blandin doit l'immunité dont ont joui ses malades dans les dix observations que j'ai relatées plus haut.

Si on a encore présentes à l'esprit les observations qui ont servi de base à notre travail; on a pu voir que nous avons eu des gangrènes assez légères d'ailleurs des lambeaux du moignon chez quatre sujets, opérés tous les quatre dans le service de M. Blandin. Dans deux cas (obs. 5 et 6) cet accident n'eut qu'une importance bien secondaire, tandis que chez les deux autres malades il s'accompagna de symptômes très-graves, et coïncida avec une terminaison fatale (obs. 10 et 11). A quoi est dû cet accident, aussi fréquent comme on vient de le voir à la suite de l'amputation sus-malléolaire? Évidemment à la structure de la peau dont l'épaisseur est moindre sans doute qu'à la partie supérieure et surtout à l'absence d'une couche assez épaisse de tissu cellulaire sous-cutané qui joue, comme on le sait, un si grand rôle dans la nutrition de l'enveloppe tégumentaire. C'est donc à conserver le plus possible de ce tissu que le chirurgien doit surtout s'appliquer dans la pratique de cette opération. La crainte seule de cette complication (la gangrène) tiendrait à nous faire admettre comme méthode générale l'amputation à un seul lambeau postérieur inventée par Salemi (1). On a, en effet, alors une portion de peau pourvue de tous les éléments nécessaires à sa vitalité, et qui ne paraît avoir aucune tendance à se gangréner. Ajoutez à cela l'existence de la cicatrice à la circonférence au lieu de l'avoir au centre comme dans les autres méthodes opératoires et vous comprendrez pourquoi on peut mettre utilement en usage la pratique du chirurgien italien dans tous les cas où elle est possible (1).

(1) Journal analyt. Loco cit.

Pour faire accepter comme méthode générale, lorsque la nature de la lésion ne s'y oppose pas, l'amputation sus-malléolaire, il nous suffirait, à la rigueur, d'examiner et de résoudre la question de sa gravité.

Pour nous, en effet, et pour tout médecin consciencieux, la question gît tout entière dans la solution de ce problème; l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles est-elle moins grave que celle pratiquée à sa partie supérieure? Si déjà presque tous les chirurgiens des diverses époques ne s'étaient accordés pour dire que plus la partie que l'on retranche est éloignée du tronc, moins sont graves les conséquences de l'opération, il nous suffirait, pour établir cette vérité, de l'examen des faits analogues à ceux publiés aujourd'hui, pour (mis en parallèle avec ceux obtenus par la méthode ancienne), résoudre la question d'une manière complète.

Eh! qu'on ne vienne pas nous dire que la question de gravité n'est qu'une question secondaire et accidentelle; qu'il faut surtout examiner le résultat ultérieur et l'usage que les malades peuvent faire de leurs membres mutilés. Placée sur un semblable terrain, et avec les faits que nous possédons maintenant, alors que l'on voit des malades faire de longues courses tous les jours, comme la jeune fille opérée par M. Blandin, en 1836, à l'hôpital Beaujon, ou bien danser, comme celle de M. le professeur Velpeau, il ne serait pas difficile de faire pénétrer la conviction dans les esprits, et rendre plus générale encore l'amputation sus-malléolaire.

Ainsi, sous ce rapport, et avec des moyens prothétiques aussi perfectionnés que ceux que nous possédons, il n'y a pas à hésiter; autant pour faciliter la marche que pour masquer une cruelle difformité, il faut amputer le membre à la partie inférieure.

Mais ce qui surtout nous préoccupe, c'est l'espèce de négligence et de coupable indifférence avec lesquelles certains chirurgiens considèrent encore la question de gravité, comme si la mission de l'homme de l'art n'était pas de guérir avant tout, et avant tout de sauver la vie des malheureux qui se confient à ses soins.

Pour nous, nous sommes profondément convaincu qu'admise, sa gravité moindre, comme elle est aujourd'hui généralement établie, il conviendrait encore de pratiquer l'amputation sus-malléolaire, même en l'absence des moyens si parfaits de prothèse que nous possédons.

(1) Dans son nouveau procédé, M. Lenoir a surtout pour but de prévenir la gangrène de la peau. Attendons que l'expérience ait prononcé!

Digitized by Google

Si, en effet, les conséquences ultérieures d'une opération doivent être prises en sérieuse considération par le chirurgien, jamais celles-ci ne doivent prévaloir sur une question de vie ou de mort. Un des plus célèbres membres de l'ancienne Académie de chirurgie a dit, avec beaucoup de conscience et de philanthropie : « Il n'est pas permis de négliger la moindre partie du danger que peut courir la vie des hommes. » Quel serait le chirurgien assez inhumain, j'allais presque dire assez barbare, pour refuser de pratiquer à un malheureux une opération qui seule donne l'espoir de le sauver, sous prétexte que celle-ci pourrait le réduire à la mendicité ; autant vaudrait dire, avec Guthrie, que l'amputation sus-malléolaire convient aux riches, et ne doit pas être pratiquée aux gens pauvres. Ne vaudrait-il pas mieux, après tout, échapper à la mort en conservant un membre défectueux, plutôt que de périr avec un moignon convenable et taillé dans de justes proportions?

Si la profession du malade était devenue trop pénible pour sa nouvelle position, il serait préférable encore de viser à changer celle-ci, plutôt que de compromettre volontairement la vie de son semblable. On trouve, dans les faits publiés sur cette matière, l'observation d'un malheureux qui, à la suite de l'amputation sus-malléolaire, n'ayant pu se procurer de jambe artificielle convenable, se fit cordonnier, et exerça sa nouvelle profession avec la plus grande facilité. Il paraît que dans ce cas son moignon lui rendait encore de grands services. Mais maintenant la question se trouve encore bien plus favorablement jugée, depuis l'invention de membres artificiels aussi parfaits que ceux que nous possédons.

Malgré ces avantages immenses, l'amputation de la jambe à la partie inférieure a eu et a encore aujourd'hui des détracteurs assez distingués et assez haut placés pour que leurs objections soient prises par nous en sérieuse considération. Préoccupés par la crainte de l'hémorrhagie contre laquelle ils ne possédaient que d'impuissants moyens, les anciens s'inquiétaient peu dans l'amputation de la jambe comme dans les autres du point sur lequel ils devaient agir. Ils ne se décidaient à cette opération qu'à la dernière extrémité, presque seulement dans le cas de gangrène, et ils faisaient toujours leur section dans la partie mortifiée ou au moins très-près d'elle (1).

Ambroise Paré (2), le premier, rassuré par l'usage de la ligature dont il fut un des plus chauds partisans, comprit que rien ne devait empêcher avec ce moyen de choisir le lieu le plus convenable pour les amputations, et pour la jambe en particulier, sacrifiant, comme il le dit, aux considérations *d'action et d'ornement de la partie*, il propose de faire toujours la section à la jarretière, c'est-à-dire à cinq travers de doigt au-dessous du genou. Ce célèbre chirurgien blâme formellement l'amputation faite à la partie inférieure de la jambe, et cite l'exemple d'un officier, qui, ayant eu le pied emporté par un boulet, fut obligé après avoir été guéri de la blessure de se faire couper la jambe au lieu d'élection, pour se servir avec plus d'avantage du membre artificiel ordinaire.

D'ailleurs Ambroise Paré ne s'occupe pas le moins du monde de la gravité comparative de ces deux méthodes opératoires, et il semble n'avoir soulevé cette question (du lieu où l'amputation doit être faite) que par incident.

Si l'on veut examiner avec soin et réfléchir un peu sur la valeur de l'observation qu'il nous oppose, on ne tarde pas à se convaincre de son peu de valeur pour résoudre le problème, j'allais presque dire de sa nullité absolue. Depuis quand, en effet, est-il permis de comparer ensemble une mutilation produite par une arme à feu, toujours accompagné de conséquences plus ou moins graves, à une plaie simple, résultat d'une amputation plus simple encore? Il est plus que probable que dans ce cas particulier la cicatrice n'aura eu une grande tendance à se déchirer qu'en raison même de sa vaste étendue, et que d'ailleurs sa formation complète aura dû être singulièrement retardée par les esquilles plus ou moins nombreuses, résultat si ordinaire des plaies d'armes de guerre, quand elles portent leur action sur le système osseux. Ajoutez à cela l'absence des moyens mécaniques aujourd'hui en notre pouvoir, et vous comprendrez facilement comment le fait rappelé par un chirurgien aussi illustre que Paré n'a pourtant pas la valeur qu'on lui a gratuitement accordée dans la solution du point en litige.

Un chirurgien plus moderne, Sabatier, adoptant l'opinion que Morand lui-même avait professée, prétend (1) avoir vu des malades, ayant subi l'amputation de la jambe à la partie inférieure, qui ne pouvaient se servir de leur membre artificiel, parce que son usage ulcérait le moignon en peu de temps, ce qui les réduisait à la nécessité de garder le lit pendant plusieurs mois consécutifs. Aussi les malades qu'il a observés, ont-ils été bientôt forcés de se servir de la jambe artificielle ordinaire ou bien de recourir à une *nouvelle amputation*.

Comme on le voit, les raisons alléguées par Sabatier contre l'amputation sus-malléolaire portent

(1) Rapport fait à l'Acad. de méd. sur une jambe artif. de M. Martin par J.-F. Blandin, dans la séance du 17 avril 1838.

(2) OEuv. compl. Livr. XII, ch. 29, p. 358

(1) Médecine opératoire.

Digitized by Google

seulement sur l'*imperfection* du membre artificiel mis en usage de son temps. Elles ne pouvaient faire oublier une opération qui permet de conserver une portion du corps plus considérable que celle qui se trouve sacrifiée dans l'amputation ordinaire ; c'était tout simplement un appel fait aux mécaniciens dont l'utile secours a été plus d'une fois une source féconde de progrès pour l'art chirurgical.

Jusque dans les derniers temps de sa vie, le baron Richerand proscrivait, dans ses cours de médecine opératoire, l'amputation sus-malléolaire, se fondant uniquement, en quelque sorte, sur la gêne extrême de la portion de jambe restante, qui allait sans cesse heurter les corps environnants et tendait sans cesse aussi à déchirer sa cicatrice. Ainsi, comme on le voit, la question de gravité lui paraissait si légère qu'il la passait, pour ainsi dire, sous silence, tandis qu'il paraissait tenir peu de compte de nos moyens prothétiques actuels. Parmi les chirurgiens de notre époque qui proscrivent encore l'amputation sus-malléolaire, nous devons prendre en grande considération l'opinion du doyen de la chirurgie militaire, du baron Larrey (1). Loin de pratiquer l'amputation de la jambe à sa partie inférieure, il voudrait qu'on la fît toujours dans un point plus élevé que le lieu d'élection, c'est-à-dire au niveau des tubérosités du tibia.

On comprend quelle scrupuleuse attention nous avons dû apporter à l'examen des raisons que fait valoir l'illustre chirurgien.

Il paraît d'abord craindre que la longue portion du membre mutilé ne s'ulcère vers la cicatrice, ou qu'elle ne s'engourdisse et ne se gangrène. Sur ce point, nous pouvons le rassurer d'une manière complète. Si l'on veut jeter les yeux sur les observations que nous venons de rapporter, si l'on veut encore interroger celles qui ont été publiées dans ces derniers temps, on ne tarde pas à s'apercevoir de ce qu'il y a d'exagéré dans cette manière de voir.

Sans doute, ces accidents pouvaient se rencontrer parfois quand les chirurgiens n'avaient à leur disposition que les bottines imparfaites de Solingen, de Ravaton, etc. ; sans doute, on comprend qu'ils aient pu valoir à l'amputation sus-malléolaire la proscription dont l'avait frappée Sabatier ; mais aujourd'hui, que nous avons à notre disposition l'ingénieuse machine de Mille (d'Aix) (2), et celle plus parfaite et plus ingénieuse encore de M. Martin (1), pareils accidents ne sauraient se reproduire, puisque ces bottines n'exercent, en effet, aucune pression, ni sur le sommet, ni sur la base, ni sur la circonférence du moignon.

M. Larrey objecte, en second lieu, que les muscles fléchisseurs du moignon, suivant lui plus forts que les extenseurs, doivent finir par entraîner celui-ci dans la flexion, par mettre l'amputé dans l'impossibilité de se servir de son membre artificiel et lui faire regretter, mais trop tard, d'avoir souffert qu'on lui ait conservé un moignon aussi long. « Sur une vingtaine de vétérans, dit-il, qui ont subi l'amputation sus-malléolaire, et qui sont encore aux Invalides, un seul a pu se servir de la machine de M. Mille. »

Si l'on veut réfléchir un instant sur la valeur de cette objection, on s'étonne bientôt de la voir formuler par M. Larrey, qui semble oublier un instant que le résultat dont il parle est tout à fait indépendant de l'amputation, car, habitués depuis longtemps à marcher avec un pilon, dans lequel le moignon est fléchi sur la cuisse, tous ces militaires avaient nécessairement l'articulation du genou demi ankylosée, roide et incapable de se plier à l'extension du moignon, nécessaire pour leur faire porter la jambe artificielle en question.

Admettrons-nous avec M. Larrey que les opérés succombent souvent après l'amputation sus-malléolaire, avec des accidents convulsifs (tétanos), de telle sorte que ce serait là une des complications, un des accidents les plus fréquents de ce procédé opératoire? Dans les cas de ce genre, qui ont été observés par lui, il est probable que l'affection nerveuse résultait de la nature même des plaies d'armes à feu, ou des circonstances de climat ou de localité dans lesquelles les malades se trouvaient placés. Toujours est-il que pareils accidents sont excessivement rares dans nos hôpitaux civils.

Enfin, le chirurgien distingué, dont à regret nous ne pouvons partager la manière de voir, termine ses objections, en assurant que l'amputation sus-malléolaire est plus grave que celle de la jambe au lieu d'élection, ou même pratiquée au-dessus. S'il en était ainsi, la question serait bientôt décidée, car, comme nous l'avons déjà dit, cette considération domine toutes les autres. L'amputation sus-malléolaire devrait être abandonnée (2), il n'en faudrait plus parler.

Mais aujourd'hui les faits sont assez nombreux dans la science pour répondre à cette question et pour établir les proportions de la gravité relative

(1) Mémoires de chirurgie militaire, t. III, p. 394.

(2) Voir Journ. Hebdomadaire, t. I, p. 161, et t. IV, p. 129. M. Goyrand y rapporte quatre cas d'amputation sus-malléolaire, suivis de guérison.

(1) Voy. la description dans la thèse du docteur Gavarel. 1837, n° 331. Paris.

(2) Rapport de M. Blandin à l'Académie. Loc. cit.

Digitized by Google

des deux méthodes opératoires. Pour ne parler que des faits que nous avons directement observés dans les hôpitaux de Paris, et qui, comme on le voit, s'élèvent à 22, dire qu'il n'y a eu que cinq cas d'insuccès, c'est-à-dire pas même un mort sur 4 (1), c'est proclamer, par des chiffres inattaquables, une vérité que la théorie déjà avait fait entrevoir.

Il est à regretter, sans doute, que nous ne puissions pas maintenant établir, par un chiffre semblable, la contre-partie de la question, car nous n'avons observé que cinq cas d'amputation à la partie supérieure de la jambe, pendant les trois années que nous avons passées à l'Hôtel-Dieu, et la mort est survenue chez quatre sujets.

Au commencement de cette année, nous avons eu à l'hôpital Cochin un cas de carie des os du tarse où l'amputation sus-malléolaire paraissait offrir les plus grandes chances de succès. Après avoir hésité un instant, l'habile chirurgien dans le service duquel ce malheureux était placé se décida pour l'amputation pratiquée selon l'ancienne méthode, uniquement peut-être dans la crainte de ne pouvoir obtenir facilement de l'administration une jambe artificielle. Le résultat fâcheux de cette opération a peut-être fait regretter de n'avoir point pratiqué l'amputation sus-malléolaire.

Si nous voulions maintenant établir, d'après nos propres observations, la durée moyenne du travail de cicatrisation, après l'amputation sus-malléolaire, nous verrions qu'elle a varié de trente à quarante jours dans les cas les plus simples, c'est-à-dire dans ceux où aucun accident intercurrent n'est venu entraver la marche régulière de la maladie.

Il faut, en effet, tenir compte de la différence de climat, pour ne pas taxer d'exagérée la proposition de Salemi, lorsqu'il prétend qu'à Florence la cicatrisation met deux mois à s'accomplir au lieu d'élection, tandis que pour l'amputation au-dessus des malléoles il suffit de deux ou trois semaines

Sous le rapport du degré de perfection de nos bottines modernes, mises en parallèle avec nos jambes de bois anciennes, on trouve, sans contredit, d'immenses avantages en faveur des premières.

Après l'amputation pratiquée à la partie supérieure, le membre artificiel est adapté, non plus à la continuité de la jambe, qui est fléchie sous la cuisse, mais bien au genou.

Il en résulte certainement un grand avantage de confier le poids du corps au genou, et non pas à la cicatrice, mais il en découle aussi des inconvénients. Privé de son articulation tibio-fémorale, le malade est obligé de marcher en fauchant, en faisant exécuter à sa hanche un mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement. Les efforts pénibles auxquels il est forcé de se livrer rendent la démarche disgracieuse, promptement fatigante; dans la position assise, sa jambe est encore très-gênante, parce qu'elle reste étendue (1).

Avec les bottines nouvelles, qu'on adapte à la continuité de la jambe, après l'amputation inférieure, la malade peut fléchir le genou avec la plus grande facilité, et reproduire si fidèlement le jeu de l'articulation tibio-tarsienne que dans la progression il serait difficile de dire quelle est la jambe amputée. Ajoutez à cela qu'on n'a pas davantage dans les bottines bien faites à redouter la compression du moignon, puisqu'il est suspendu dans l'appareil et ne fournit aucun point d'appui, le poids du corps reposant tout entier sur la tubérosité sciatique.

Conclusions.

1° Dans tous les cas où elle sera possible, l'amputation sous-malléolaire devra être préférée à celle pratiquée au lieu d'élection, parce qu'il est parfaitement démontré aujourd'hui que sa gravité est moins considérable, et cela dans de notables proportions.

2° Les malades qui ont subi l'amputation à la partie inférieure de la jambe peuvent se servir d'une bottine appropriée, à l'aide de laquelle leur marche est rendue presque aussi sûre et aussi peu fatigante que dans l'état normal.

3° On peut dire qu'en général la durée du travail de cicatrisation est d'au moins un tiers plus courte que dans l'opération ordinaire.

4° Dans la crainte des fusées purulentes qu'on a vues quelquefois suivre les gaînes tendineuses, il est bon d'exercer une continuelle pression sur leur trajet à l'aide de compresses graduées.

5° Pour prévenir le développement de la gangrène de la peau du moignon, dont l'épaisseur est si peu considérable dans la méthode circulaire, il convient, dans tous les cas où la nature de la lésion ne la contr'indique pas, d'employer la méthode à un lambeau postérieur.

6° Le procédé opératoire de M. Lenoir se fonde sur des données on ne peut plus rationnelles, conserver le plus possible à la peau son tissu cellulaire

(1) Il convient de prévenir le lecteur qui n'aurait pas fréquenté les hôpitaux de Paris, et l'Hôtel-Dieu en particulier, que la mortalité à la suite des amputations des membres y offre en thèse générale des proportions bien plus considérables.

(1) Thèse de M. Lenoir. Concours agrég., 1835.

Digitized by Google

nourricier. Et, sous ce rapport, il mérite d'être signalé à l'attention des praticiens.

GAZETTE MÉD. DE PARIS.—Août 1840.

Amputation coxo-fémorale. — Exemple remarquable d'ostéite du fémur, suite d'une fracture compliquée de plaie et de l'enclavement d'une esquille entre les fragments.

M. Sédillot, professeur au Val-de-Grâce, a présenté à la séance du 25 août de l'Académie de Médecine, un remarquable exemple d'ostéite du fémur, qui l'a conduit à pratiquer l'amputation coxo-fémorale. L'inflammation du tissu osseux avait été surtout déterminée par une esquille restée enclavée entre les fragments d'une ancienne fracture de la partie moyenne de la cuisse, arrivée trois années auparavant (juillet 1837). Après de nombreux accidents occasionnés par la sortie de deux autres esquilles, et par deux nouvelles fractures survenues dans un cal mal consolidé, le membre s'était couvert de nombreuses fistules, qui remontaient jusqu'à l'arcade pubienne et à l'épine iliaque antéro-supérieure. Toutes les parties molles de la moitié supérieure de la cuisse étaient indurées et comme squirrheuses; l'articulation de la hanche ne permettait que des mouvements très-limités; celle du genou était le siége d'une fausse ankylose, et le malade, qui avait à peine quitté le lit depuis le premier moment de l'accident, était émacié et paraissait condamné à une mort inévitable. M. Sédillot se décida donc à l'amputer par le procédé à un seul lambeau antérieur, dont il a exposé les avantages dans son Traité de médecine opératoire, et cette opération, faite en quelques secondes, en présence de MM. Bégin, Lévy, H. Larrey, Cornuau, Auvity, Siess, Poyer, Arendt, chirurgien de l'empereur de Russie, Doubowitski, et des élèves du Val-de-Grâce, montra que le ligament capsulaire de la jointure de la hanche était altéré ainsi que le repli de la membrane synoviale, et que l'ischion noirâtre et dénudé eût dû être réséqué, si M. Sédillot n'eût pas constaté que cet os avait conservé toute sa dureté. Le lambeau antérieur, qui descendait jusqu'à la moitié de la cuisse, fut ensuite fixé latéralement par quelques épingles, et le sommet du moignon ne fut pas réuni, pour faciliter le dégorgement de la plaie, et offrir une libre issue à la suppuration ramenée dans ce point par les ligatures qu'on y avait rassemblées.

M. Sédillot en présentant l'os amputé, fait voir de larges traces d'injection rouge, occupant les deux tiers de la circonference du fémur au niveau de l'ancienne fracture, et remontant jusqu'au grand trochanter en diminuant successivement de largeur. Le fémur est manifestement hypertrophié dans toute cette étendue, et semble percé d'une multitude de petits pertuis très-durs qui sont remplis de sang. Le sommet du grand trochanter était légèrement ramolli, et la tête du fémur avait été comme creusée par l'ostéite raréfiante de M. Gerdy. On pouvait en effet déprimer facilement avec le doigt la coque ostéo-cartilagineuse qui lui avait conservé sa forme, et qui revenait ensuite sur elle-même par sa propre élasticité et avec un bruit de parchemin sec, à la manière de quelques kystes osseux. Le col du fémur, qui avait conservé sa consistance, s'était comme enfoncé dans l'épaisseur de la tête, qui le recouvrait en avant en le dépassant, disposition qu'il eût été bien difficile de soupçonner, quoique le malade eût dit avoir ressenti un brusque craquement dans la hanche, peu de temps avant d'être opéré, pour avoir essayé de faire porter un instant le poids du corps sur le membre fracturé. Le cartilage diarthrodial aminci et bleuâtre manquait près du col, où la surface osseuse était dénudée.

M. Sédillot annonce que son malade se trouve dans les meilleures conditions de succès, et que la plaie est déjà (neuvième jour) presque entièrement cicatrisée; ce qu'il attribue à la disposition du lambeau, ayant permis une réunion immédiate très-intime. La réussite des plaies sous-cutanées, sans introduction de l'air, ne dépend, selon M. Sédillot, que du contact parfait dans lequel se rencontrent les parties divisées, ce qui ne saurait avoir lieu lorsque l'air, qui ne joue d'autre rôle que celui de corps étranger, les tient écartées. Nous apprenons aujourd'hui (dix-neuvième jour de l'opération), que le malade est presque entièrement guéri, et qu'il ne reste plus qu'une très-petite étendue de la plaie à cicatriser. Cette prompte et heureuse terminaison, si elle se confirme, comme nous l'espérons, sera le premier exemple observé à Paris de guérison d'une amputation coxo-fémorale.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. —Septembre 1840.

Considérations pratiques sur le traitement des tumeurs blanches; par le docteur AM. FORGET.

I. Pour éclairer la thérapeutique des tumeurs blanches, il est important de s'expliquer sur certains points de leur histoire relatifs à la nature et aux formes diverses qu'elles présentent.

Pour nous, la tumeur blanche consiste en un engorgement chronique des parties molles, ou en une altération des parties dures des articulations.

Digitized by Google

Que chacun de ces états pathologiques puisse exister isolément, ou qu'ils se combinent très-souvent solidaires l'un de l'autre, c'est ce que l'observation a suffisamment démontré.

Admettons encore, comme un fait qui va devenir le point de départ d'une médication spéciale, la constitutionnalité de certaines tumeurs blanches, en ce sens qu'elles sont l'expression d'un état morbide général développé dans l'économie sous l'influence d'un vice inné ou acquis : à cette catégorie se rattachent les tumeurs blanches vénériennes, scrofuleuses, rhumatismales ; ce sont les tumeurs blanches dites symptomatiques.

Quant à la division de M. Brodie qui distingue la maladie par son point d'origine : purement anatomique, elle n'offre qu'un intérêt très-secondaire au thérapeutiste; aussi la négligerons-nous, pour constater en passant l'existence de la tumeur blanche idiopathique ou de cause externe, et nous hâter d'arriver à la distinction établie par M. Lisfranc, qui admet des tumeurs blanches à l'état aigu, et d'autres à l'état chronique.

En adoptant pour base fondamentale de la thérapeutique cette division, il convient de s'entendre sur le véritable sens de chacun des mots *aigu* et *chronique*. Cette dénomination ne tend pas à établir qu'une tumeur blanche peut constituer une phlegmasie aiguë; mais bien qu'en ne cessant pas d'être une affection chronique, il peut s'y développer une subinflammation qui se révèle par de la douleur et une caloricité plus grande des téguments ; tandis que l'état chronique proprement dit est la négation de ces phénomènes subinflammatoires.

Ajoutons cependant que l'absence de la douleur et de la chaleur dans une tumeur blanche n'en exclut pas nécessairement tout degré d'inflammation.

L'expérience, en effet, a prouvé que de même qu'il existe des pneumonies et des péritonites latentes, il peut également exister dans les articulations une phlegmasie occulte. Ainsi, le chirurgien de la Pitié rapporte l'histoire d'un homme qu'il traitait d'une tumeur blanche offrant tous les caractères de l'état chronique, parfaitement indolore, au point que le malade se servait de sa jambe sans souffrir. Cet individu fit une chute sur la tête et succomba au bout de quelques jours; à l'autopsie on trouva, dans tous les tissus de l'articulation, des désordres trop profonds pour qu'on pût les attribuer à une phlegmasie récente. C'est en raison de ce fait, qui prouve tout ce qu'il y a d'insidieux dans les phlegmasies articulaires, que même dans les tumeurs blanches à l'état chronique, il convient de commencer le traitement par quelques antiphlogistiques, sauf à les abandonner dès qu'on a constitué leur impuissance.

II. La première indication qui se présente au praticien appelé auprès d'un malade affecté de tumeur blanche, c'est d'examiner avec soin l'état des viscères thoraciques et abdominaux, puisqu'il est démontré que très-souvent une affection viscérale peut coexister avec la maladie articulaire; et que contradictoirement à l'opinion de quelques chirurgiens, les faits ont prouvé que, si on traite la tumeur blanche et surtout si on parvient à la guérir, la maladie organique interne ne tarde pas à faire de si rapides progrès qu'elle devient infailliblement mortelle. Aussi, dans de pareilles circonstances, ne doit-on pas craindre d'appliquer des rubéfiants, des vésicatoires sur la tumeur articulaire, dans le but de l'enflammer, d'empêcher sa guérison, et de ralentir ainsi la marche de l'affection interne. Rien ne prouve mieux l'influence sympathique et réactionnelle de ces deux états pathologiques l'un sur l'autre, que l'observation d'un jeune homme couché au numéro 17 de la salle Saint-Louis, hôpital de la Pitié : Phthisique et atteint d'une tumeur blanche ; j'ai vu chez lui, à mesure que la phthisie pulmonaire marchait, la tumeur blanche, d'abord très-volumineuse et très-douloureuse, se fondre pour ainsi dire, et devenir indolente : à la mort du sujet, son articulation était réduite à son volume presque normal.

Quand on a affaire à une tumeur blanche ainsi compliquée, il faut employer une médication capable seulement d'arrêter ses progrès, et s'attaquer d'abord à la maladie interne, si elle est curable; dans le cas contraire, on se borne à des palliatifs de part et d'autre.

Il est urgent, à moins que la tumeur blanche ne soit depuis longtemps à l'état chronique, de soumettre le membre au repos le plus absolu ; ce précepte ne devrait même supporter aucune exception, car le malade, en se servant de son membre, peut ramener la tumeur à l'état aigu : mais tout en faisant du repos une loi absolue, il ne faudrait pas perdre de vue l'ankylose qu'il peut déterminer. Pour la prévenir, on imprimera chaque jour des mouvements légers et très-bornés au membre malade. Toutefois s'il arrivait que cette manœuvre déterminât de la douleur dans l'article, si surtout cette douleur, au lieu d'être instantanée, persistait pendant plusieurs heures, il faudrait faire abstraction de tout mouvement : l'ankylose étant préférable aux chances d'une inflammation aiguë qui pourrait survenir, hâter la dégénérescence des tissus engorgés, et nécessiter une amputation. Pendant la durée du traitement d'une tumeur blanche, il importe de placer le membre dans une attitude telle, qu'il puisse encore servir aux usages de la vie, dans le cas où la maladie se terminerait par ankylose : c'est parce qu'en général on néglige trop cette indication, que l'on rencontre dans les hôpitaux un si grand nombre

Digitized by Google

d'individus affectés d'ankylose du genou, la jambe étant fortement fléchie sur la cuisse : il est facile d'empêcher ce résultat en donnant au membre malade une position en rapport avec ses usages.

III. Pour combattre ce que nous appelons l'état aigu dans les tumeurs blanches, on conseille généralement les antiphlogistiques locaux, entre autres les sangsues ; mais c'est peu d'indiquer le moyen, si on n'insiste pas sur les détails de son application : car, trop souvent, nous l'avons vu devenir une arme dangereuse entre des mains inhabiles à le manier. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit, non d'une phlegmasie aiguë, exigeant toute la rigueur de la méthode antiphlogistique dans sa plus grande extension, mais bien d'une subinflammation entée sur des tissus plus ou moins anormaux, dont la vitalité est peu développée, et la puissance de réaction d'autant plus affaiblie que souvent, sous l'influence de l'affection locale, la constitution a déjà fléchi.

Dans un tel état de choses, appliquer sur l'articulation malade un très-grand nombre de sangsues, c'est s'exposer à écraser les forces déjà épuisées par une cause de destruction lente et insidieuse, et à ne plus laisser à l'économie l'énergie nécessaire pour accomplir le travail d'absorption interstitielle, seule voie de résolution pour les tissus engorgés. Disons d'une manière générale qu'il convient de proportionner le nombre des sangsues à l'intensité des phénomènes phlegmasiques, et aussi à l'ancienneté et à la nature de la maladie. Nul doute, en effet, que la tumeur blanche survenue par cause externe sur un individu doué d'une bonne constitution, et n'ayant offert antérieurement aucun symptôme qui décelât en lui un vice interne, nul doute, dis-je, que cette tumeur blanche ne permette de porter les évacuations sanguines beaucoup plus loin qu'on ne le ferait dans des circonstances opposées, telles que celles où on aurait affaire à une affection spontanée, et bien évidemment liée à un état rachitique et scrofuleux.

En prenant ainsi, et à dessein, les cas extrêmes, j'ai voulu laisser une lacune que l'intelligence du lecteur comblera aisément, en faisant intervenir par gradation toutes les formes pathologiques intermédiaires.

Quant au lieu où il convient de poser les sangsues, contrairement à l'usage encore trop généralement répandu, nous suivrons le précepte donné par M. Lisfranc, qui, depuis longtemps, en proscrit l'application sur les tissus engorgés, et veut qu'on les place en cercle au-dessus et au-dessous de l'articulation malade. C'est donc autour de la sphère morbide que les sangsues doivent être appliquées, et cela pour plusieurs raisons : d'abord, l'expérience a appris que l'écoulement du sang est plus abondant quand il émane des parties voisines que la maladie a respectées, que lorsqu'il provient de tissus affectés d'engorgement blanc, et dont la vitalité a diminué. De plus, sur des tissus indurés, il n'est pas rare de voir les morsures de sangsues devenir le point de départ de petites ulcérations gangréneuses très-difficiles à guérir, et qui peuvent, par leur présence, s'opposer à l'application des moyens ultérieurement indiqués, tels que la compression, par exemple ; enfin l'efficacité des sangsues autour de l'articulation malade a pour elle la sanction de l'expérience.

Ajoutons que les ventouses scarifiées ont donné des résultats très-avantageux dans certains cas où les sangsues avaient agi moins heureusement ; M. Brodie semble même donner la préférence à cette forme d'évacuations sanguines locales, comme on peut s'en convaincre par la lecture des nombreuses observations qu'il rapporte dans son *Traité sur les maladies des articulations*.

Il est néanmoins des circonstances, rares à la vérité, où les émissions sanguines locales sont contre-indiquées ; ainsi, toutes les fois qu'on a affaire à un individu doué d'une constitution essentiellement lymphatique et dont les forces ont déjà sensiblement baissé, vouloir tenter d'enlever par les sangsues l'état aigu d'une tumeur blanche, état aigu qui, à la rigueur, peut résister à une première évacuation sanguine, et conséquemment en exiger une seconde, et peut-être une troisième, c'est compromettre l'existence du malade en l'affaiblissant outre mesure. — Que fera donc le praticien placé dans cette alternative ?

IV. Il aura recours à une méthode que nous avons vue réussir plusieurs fois là où les sangsues avaient échoué, et là où elles n'étaient pas admissibles, pour les raisons que nous avons déduites. Cette méthode est celle que M. O'Beirn, de Dublin, proposa en 1834, dans un mémoire qu'il lut à la société d'Irlande. Elle consiste à administrer le calomel uni à l'opium jusqu'à production du ptyalisme. Cette médication, dont nous signalerons bientôt les avantages et les inconvénients, veut être rigoureusement formulée : on fait de quatre à six pilules avec neuf décigrammes de calomel et trois décigrammes d'opium ; ces pilules sont prises de trois heures en trois heures. Aussitôt la salivation établie, on suspend l'emploi des pilules, et on se garde bien de combattre le ptyalisme par une médication inopportune. Il faudrait se borner à prescrire des gargarismes émollients, si la stomatite mercurielle devenait un peu trop intense.

Quant aux avantages de cette méthode, l'observation a démontré, sur un assez grand nombre de malades, que son action était nulle contre des tumeurs blanches à l'état chronique. Dans celles qui présentaient les symptômes de l'état aigu, et c'est dans celles-là seulement que nous la conseillons, on

Digitized by Google

a vu constamment la douleur cesser rapidement, et le volume de l'articulation affectée subir une diminution notable en un temps très-court. Dans quelques cas enfin, la tumeur en reçut une impulsion si salutaire, qu'elle put ensuite guérir d'elle-même, pour ainsi dire, ou à l'aide des moyens les plus simples. N'omettons pas de dire que généralement la tumeur blanche, qui d'abord a suivi une marche décroissante, devient stationnaire dix à vingt jours après la cessation du ptyalisme; on se tromperait alors si on croyait pouvoir renouveler avec avantage l'application de la méthode, car la tumeur est rentrée à l'état chronique, et nous avons dit plus haut que, contre cette forme pathologique, le traitement par le calomel était sans effet.

Aux avantages que nous venons de signaler, la méthode de M. O'Beirn joint des inconvénients qui peuvent la faire échouer, et quelquefois la rendre impraticable. Ainsi le calomel, malgré son association à l'opium, peut n'agir que comme purgatif, sans produire la salivation; et dans quelques cas, cette dernière a donné lieu à tous les accidents d'une stomatite mercurielle intense. C'est pour avoir observé ces résultats désavantageux que M. Lisfranc fut conduit à expérimenter la méthode de M. Serre, d'Uzès: elle consiste à appliquer sur toute la surface de la tumeur une couche d'onguent mercuriel de l'épaisseur de deux lignes, et à la renouveler de deux heures en deux heures, de manière à employer, dans l'espace de vingt-quatre heures, $\frac{1}{2}$ kilogramme de cette substance chez les jeunes sujets, et le double chez les adultes. Il ne faut pas insister sur cette médication au delà de quarante-huit heures; passé ce terme, on ne doit rien en attendre si son action ne s'est déjà fait sentir. L'onguent mercuriel, employé de la sorte, peut être regardé comme un antiphlogistique puissant; en quarante-huit heures, il a plusieurs fois enlevé un état aigu contre lequel les sangsues en grand nombre avaient échoué. Par une sorte de contradiction qui échappe à toute explication, le mercure, employé d'après la formule que nous venons de faire connaître, ne détermine pas la salivation; du moins c'est ce qui résulte des faits observés à Paris par le chirurgien de la Pitié, qui dit ne l'avoir vue survenir que dans la proportion de un sur cent, tandis que, de son côté, M. Serre affirme ne l'avoir jamais déterminée dans le midi, où il emploie journellement la méthode mercurielle.

V. A côté de ces diverses médications, dont l'infaillibilité ne saurait être garantie à jamais et dans toutes les circonstances, nous placerons le muriate de baryte, en faisant connaître son mode d'administration et ses résultats.

Il y a longtemps que ce médicament a été conseillé contre les scrofules, mais à dose extrêmement faible. M. Pirondi, dont les recherches ont été consignées dans la *Gazette médicale* de Paris, 1834, l'a employé à la méthode rasorienne et a pu porter ce médicament jusqu'à la dose de 8 grammes dans 120 grammes d'eau distillée, pris en vingt-quatre heures.

A l'hôpital de la Pitié, où les essais ont été répétés, voici la formule adoptée : on fait dissoudre 3 décigrammes de muriate de baryte dans 120 grammes d'eau distillée : toutes les heures, le malade prend une cuillerée à bouche de la solution, excepté une heure avant et deux heures après le repas. Pour que ce médicament soit supporté, le malade doit être soumis à l'usage de l'eau pure et d'une diète complétement végétale : l'ingestion des viandes et du vin neutralise l'action du remède.

Au bout de huit jours, s'il ne survient aucun accident appréciable, la dose de muriate est portée à 6 décigrammes pour la même quantité de liquide; on augmente ainsi graduellement de 3 décigrammes tous les huit jours. Pour assurer l'effet du médicament, il est indispensable de ne pas exposer la bouteille qui le renferme à l'action du soleil; car, sous cette influence, il se forme un précipité qui rend les dernières cuillerées plus concentrées que les premières. Le malade doit agiter fortement la bouteille à chaque cuillerée qu'il voudra prendre.

Le médicament détermine quelquefois de légères douleurs à l'épigastre : mais en continuant à l'administrer, l'estomac s'y habitue, et les douleurs se dissipent. Si on observe des accidents plus intenses, des nausées, des vomissements et enfin des symptômes d'empoisonnement, il faut suspendre le muriate de baryte pendant quelques jours, pour le reprendre ensuite à des doses plus fractionnées.

Chose remarquable! c'est que M. Pirondi ait pu à Marseille porter la dose du médicament jusqu'à 8 grammes, tandis qu'à Paris on n'a jamais pu dépasser impunément la dose de 24 décigrammes. Ainsi, plusieurs fois nous avons vu se manifester des symptômes d'empoisonnement, légers à la vérité, à cette dernière dose, et même à celle de 13 décigrammes chez une femme. Cette contradiction apparente dans les effets d'un médicament est un nouveau fait à ajouter à tant d'autres, qui, depuis longtemps, ont démontré toute la sagesse de ce précepte d'Hippocrate, qui, dans son livre *de aquis et locis*, recommande de subordonner la thérapeutique aux influences particulières à chaque localité.

Quant à la substance la plus apte à neutraliser l'action délétère du muriate de baryte, l'expérience nous a appris que le blanc d'œuf dissipe promptement les phénomènes d'empoisonnement, s'ils ont lieu.

Reste actuellement à exposer les résultats de cette médication. Or voici, en les résumant pour plus de concision sous la forme aphoristique, ceux qui ont été signalés à l'hôpital de la Pitié :

Digitized by Google

1° Le muriate de baryte peut réussir contre les tumeurs blanches, à l'état aigu et à l'état chronique.

2° Ce médicament a donné des succès plus marqués chez les individus scrofuleux.

3° Dans des cas rares, le muriate de baryte, employé seul, a suffi pour obtenir la guérison.

4° La tumeur blanche a été, en général, beaucoup amendée par lui ; la guérison a été quelquefois complète.

5° Pendant son emploi, l'état de la maladie articulaire étant devenu stationnaire, il a fallu revenir à une autre méthode. Plus tard, le muriate de baryte, employé de nouveau chez les mêmes sujets, a produit de bons effets.

6° Le médicament, continué pendant un mois à la dose de 6 décigrammes, a produit un amendement aussi marqué dans quelques circonstances, que si, comme chez d'autres malades, la dose en eût été graduellement augmentée.

7° Un effet assez fréquent a été le ralentissement de la circulation ; le pouls normal étant de soixante à quatre-vingts pulsations par minute, est tombé à quarante et même à vingt-cinq, sous l'influence du remède.

8° Des résultats on ne peut plus avantageux ont été obtenus par le muriate de baryte rationnellement associé aux évacuations sanguines locales et à la compression.

On voit qu'il y a loin de ces données expérimentalement acquises aux assertions par lesquelles on a cherché à infirmer la valeur d'une méthode curative qui, dirigée sagement et dans les vues de son auteur, constitue une notable ressource ajoutée à la thérapeutique d'une maladie trop souvent réputée incurable.

IBIDEM.

Plusieurs cas de nécrose à la suite d'amputations.

Première observation. *Amputation de la cuisse. Cicatrisation prompte du moignon. La plaie se rouvre au bout de trois mois, et l'on constate alors une altération de l'os scié.*

Au n. 1er de la salle Sainte-Marthe, est couché un jeune homme qui a subi l'amputation de la cuisse, il y a quatre mois, et dont la plaie s'est complétement cicatrisée dans un espace de temps très-court. Depuis un mois cette plaie s'est ouverte de nouveau, accident que le malade attribue à l'action d'un cuissard trop étroit dont il a fait usage. Nous ne croyons pas que telle soit la cause réelle qui a déterminé les accidents inflammatoires qui ont précédé l'ulcération de la cicatrice et la formation du trajet fistuleux qui existe aujourd'hui et qui, du centre du moignon se rend à l'extrémité de l'os scié. Quel qu'ait été le concours de cette cause externe, nous devons reconnaître qu'elle n'existe pas seule et qu'une autre cause, moins évidente d'abord a présidé aux désordres actuellement existants.

En effet, si on introduit un stylet dans le trajet fistuleux qui existe au centre du moignon, cet instrument pénètre à la profondeur de dix-huit lignes environ, et arrive au milieu de tissus fongueux jusqu'à l'os, qui est réellement le point de départ des altérations que nous venons de signaler.

Lorsque nous avons pris le service, on faisait tous les jours sur le moignon des lotions que nous avons fait cesser, et auxquelles nous avons fait succéder des pansements avec de la charpie imbibée de chlorure ; mais aucune amélioration évidente ne s'étant montrée à la suite de l'emploi de ce second moyen, nous avons éloigné de deux jours en deux jours le renouvellement du pansement, afin de ne point gêner la formation des bourgeons charnus. Cette pratique n'a pas non plus amené aucun changement en mieux ; et aujourd'hui toute la cicatrice tend à s'ouvrir, et une rougeur érysipélateuse envahit tout le moignon.

Enfin, une nouvelle exploration faite ce matin, ne nous a plus permis de conserver aucun doute sur l'existence d'une nécrose de l'extrémité amputée du fémur.

—

Deuxième observation. *Amputation de la cuisse. Nécrose et gonflement de l'extrémité sciée du fémur.*

Avant d'aller plus loin relativement à ce que nous avons à dire de particulier sur le malade qui précède, nous devons rapprocher de lui celui qui est couché au n. 21 de la salle Sainte-Marthe, qui a également subi l'amputation de la cuisse, et qui se trouve aujourd'hui dans une position à plusieurs égards analogue à celle du malade couché au n. 1er.

Chez cet amputé, la cicatrisation de la plaie était achevée au quinzième jour. Une circonstance digne de remarque dans son histoire, c'est qu'il a toujours été sollicité par un appétit très-prononcé et qu'il a été impossible de lui faire suivre le régime des amputés. Au demeurant, cet homme se plaint toujours de sa jambe amputée, et il est facile aujourd'hui de constater que l'os scié, qui occupe la partie centrale du moignon, a subi un certain degré de gonflement.

Nous reviendrons dans un instant sur ce malade.

—

Digitized by Google

Troisième observation. ***Blessure près du poignet. Erysipèle phlegmoneux du membre. Amputation du bras. Décollement probable du périoste et nécrose de l'humérus.***

Au n. 18 de la salle Sainte-Marthe, est couché un garçon limonadier, qui a reçu une blessure près de l'articulation du poignet, blessure qui a d'abord donné lieu à des douleurs très-intenses. Ces douleurs ont été suivies de près par un érysipèle phlegmoneux et par un gonflement du membre qui ont nécessité l'amputation du bras.

Ce malade se livre facilement à des écarts de régime; il a d'abord été assez souffrant, et pendant quelque temps notre pronostic à son égard a été incertain. Ensuite il est survenu de l'amélioration, mais celle-ci n'a été que temporaire. En effet, la plaie est devenue grisâtre et est restée quelque temps dans un état analogue à la pourriture d'hôpital, état qui s'est amendé par l'emploi des pansements chlorurés. Cependant une nouvelle recrudescence est arrivée, et alors il est survenu un gonflement œdémateux du membre. La plaie a pris de nouveau un mauvais aspect; les muscles du moignon sont devenus fongueux et grisâtres; la suppuration s'est altérée. Nous croyons devoir attribuer ces nouveaux accidents à des écarts de régime auxquels le malade à une grande tendance; car la plaie a présenté une exubérance de vitalité qui ne pouvait résulter que d'une alimentation trop abondante. Dès lors nous avons retranché une partie des aliments; mais, nonobstant cela, le mal s'est étendu; le gonflement a gagné le moignon de l'épaule et le tronc lui-même présente de la rougeur et du gonflement. Le pus présente une teinte jaunâtre qui indique un état grave.

De plus, ce malade ne dort point la nuit, ses réponses, concernant ce qu'il ressent, laissent quelque incertitude; il n'accuse point de douleurs vives, mais il se plaint d'une pesanteur très-moleste de son bras, qu'il soutient avec autant de peine que s'il était de plomb. Déjà depuis deux jours nous avons annoncé l'existence d'accidents graves.

Nous croyons que dans ce cas également, l'os est malade, atteint de nécrose probablement; et cette altération osseuse présente ici une gravité suffisante pour nous faire craindre une terminaison funeste. Probablement, chez ce malade, la nécrose s'accompagne d'un décollement du périoste, circonstance capable d'expliquer toute la gravité du cas, autrement grande que dans les deux qui précèdent.

Après les quelques détails que nous venons de donner sur chacun de nos trois malades en particulier, nous devons, à présent, consacrer quelques remarques aux points de contact que présentent entre elles les affections dont ils sont atteints. Nous venons de voir sommairement qu'elles se rapportent à la nécrose de l'os scié. Les différents accidents qui se succèdent chez les sujets amputés dont l'extrémité de l'os scié est frappée de nécrose, constituent une série de phénomènes qui ont été très-bien étudiés en Italie, par Volpi principalement, et au milieu de nos armées, par Léveillé. Ces accidents s'annoncent surtout par un gonflement phlegmoneux du membre, qui est d'autant plus grave que la cicatrisation du moignon est plus avancée; car alors le pus sécrété ne trouve qu'une issue difficile. La suppuration elle-même, loin de se présenter avec les caractères qui constituent un pus de bonne nature, est représenté par une sérosité lactescente mal liée, d'une odeur viciée. La stase du pus dans le membre aggrave les accidents, à moins que l'on ne prévienne les effets de cette rétention au moyen d'incisions plus ou moins larges.

Le malade du n° 18 de la salle Sainte-Marthe se trouve à peu près dans cet état très-grave. Cette pesanteur gravative qui lui fait comparer son membre à du plomb, les douleurs nocturnes que le malade accuse, l'infiltration d'une sérosité purulente dans le tissu cellulaire, tous ces symptômes indiquent d'une manière presque certaine que la nécrose de l'extrémité sciée du fémur existe. Peut-être, par la suite, se formera-t-il un foyer que nous chercherons avec soin, et que nous nous hâterions d'ouvrir s'il venait à se former.

Quelle est la cause de cette nécrose qui s'observe si fréquemment à la suite des amputations? Evidemment elle réside dans l'action de la scie sur le tissu osseux. Mais s'il en est ainsi, me direz-vous, pourquoi n'y a-t-il pas nécrose dans tous les cas? Il est probable que cela tient principalement aux différents degrés d'adhésion qui existe entre le périoste et l'os. Ainsi, par exemple, chez le malade du n° 18, un phlegmon avait précédé l'amputation; or, il y avait probablement infiltration purulente, et apparemment cette infiltration s'est propagée profondément jusqu'au périoste dont elle a altéré les moyens d'adhésion à l'os lui-même. Le périoste était donc évidemment malade avant l'amputation. A cet égard, l'histoire de ce malade s'éloigne de celle des deux autres, mais elle en conserve néanmoins un très-important, savoir l'action de la scie sur l'os du membre amputé.

De quelle nature sont les désordres qui existent chez les deux autres malades? Il n'est presque pas douteux que chez chacun d'eux l'os scié ne soit nécrosé dans une étendue variable. Mais un point sur lequel je fixerai d'abord votre attention, c'est la promptitude avec laquelle la cicatrisation de la plaie s'est effectuée dans les deux cas, et qui a été telle, que si les malades n'avaient été retenus par d'autres causes à l'hôpital, vous eussiez noté ces deux cas

Digitized by Google

comme s'étant promptement terminés d'une manière heureuse, et sans avoir présenté aucun accident consécutif.

Mais, à quoi tiennent ces nécroses si fréquentes à la suite des amputations? D'abord l'os est inévitablement frappé de mort sur la surface qui a subi l'action de la scie. Lorsque cette mortification de l'os est peu notable en profondeur, il en résulte une simple exfoliation : il survient, dans ce cas, un phlegmon érysipélateux comme chez le malade couché au n° 1 de la salle Sainte-Marthe, la cicatrice s'ouvre, et il s'établit un trajet fistuleux par lequel sortent des parcelles d'os nécrosé. Les choses ne se passaient pas toujours ainsi quand on ne réunissait pas la plaie par première intention; car alors la cicatrisation complète n'arrivait que tardivement ; le travail d'élimination s'effectuait avant qu'elle ne fût entièrement accomplie, et souvent il échappait à l'attention du chirurgien. C'était seulement dans les cas où une virole complète du tissu osseux était frappé de nécrose que l'élimination arrivait tardivement.

La nécrose de l'extrémité de l'os scié dans une amputation ne se fait pas toujours de la même manière : tantôt, en effet, elle s'accomplit aux dépens de la table externe de l'os, tantôt elle ne porte que sur la table interne. Dans le premier cas, l'extrémité osseuse présente ultérieurement la forme d'un cône renversé ; dans le second cas, elle affecte celle d'un cône creux. Ni l'une ni l'autre de ces dispositions n'existe lorsqu'une virole intéressant toute l'épaisseur de l'os est frappée de nécrose.

Pourquoi la nécrose arrive-t-elle plus fréquemment à la suite des amputations qui se pratiquent sur les membres qui sont pourvus d'un seul os? Cela tient à ce que en relevant les chairs du moignon, le périoste est facilement relevé en même temps; d'où résulte son décollement dans une plus ou moins grande étendue. Dans les membres pourvus de deux os, en effet, les parties molles ne peuvent être aussi exactement relevées dans l'espace interosseux, ni le périoste par conséquent, qui dès lors échappe au décollement que nous venons d'indiquer.

Nous croyons que chez le malade du n° 1, le trajet fistuleux qui existe au centre du moignon donnera issue à une virole osseuse complète frappée de nécrose. Chez celui du n° 21, au contraire, il est probable qu'une portion seulement de virole est frappée de mortification ; mais chez lui, avons-nous dit, il s'opère en même temps un travail d'exostose. Il est probable cependant que dans huit à dix jours le gonflement osseux qui existe actuellement aura disparu ; mais si dans quelque temps d'ici on avait occasion d'examiner son moignon, on trouverait à la surface sciée de l'os des stalactites osseuses.

En résumé, chez ces trois amputés nous observons des accidents analogues : toutefois, ces trois cas diffèrent en ce que chez le n° 18, il existe une suppuration de mauvaise nature et un gonflement du bras, qui donne à ce cas beaucoup de gravité ; en ce que, chez le n° 1, il y a évidemment un séquestre à éliminer; et chez le n° 21, non-seulement une portion d'os nécrosée à séparer, mais aussi un travail d'exostose qui s'effectue.

Nous suivrons avec soin la marche des choses chez chacun de ces malades ; mais nous nous occuperons surtout avec intérêt du n° 18, chez lequel il est probable que nous aurons besoin de revenir prochainement à l'emploi de débridements multiples.

Gazette des Hôpitaux.—Septembre 1840.

VARIÉTÉS.

—

Mémoire sur l'empoisonnement par le tartrate de potasse antimonié (tartre stibié).

Lu à l'Académie royale de Médecine; par M. Orfila.

Messieurs,

L'an dernier, à la fin de janvier, lorsque je vous communiquai la première partie de mon travail sur l'arsenic, je terminai ma lecture par un paragraphe que je vous demande la permission de rappeler.

« Telles sont, disais-je, les conséquences à déduire d'une série d'expériences auxquelles j'attache d'autant plus d'importance qu'elles ouvrent une ère nouvelle à la médecine légale. Il faut le reconnaître, jusqu'à présent les experts, en ne soumettant à leurs investigations que les parties du corps dans lesquelles avait été déposée la matière vénéneuse, n'ont abordé que la moitié de la question ; en négligeant de chercher la partie du poison absorbée, ils n'ont pas mis à profit un moyen d'exploration d'autant plus précieux, qu'il sera quelquefois le seul capable de faire découvrir l'empoisonnement : aussi, je n'hésite pas à le dire, a-t-il dû arriver souvent que l'on ait déclaré à tort, qu'un individu n'était pas mort empoisonné, parce que l'on s'était borné à analyser les liquides vomis, et les matières que renfermait le canal digestif. Désormais le crime sera souvent poursuivi avec succès jusque dans son dernier refuge; car, n'en doutez pas, plusieurs des poisons qui agissent par absorption seront décélés dans les divers tissus de l'économie animale. Des re-

Digitized by Google

» cherches tentées dans ce but et fondées sur le travail dont je viens de vous donner lecture, ne tarderont pas à résoudre, pour d'autres poisons, ce grand problème de médecine légale. Vous prévoyez probablement déjà qu'elles pourront éclairer aussi certains points de physiologie et de thérapeutique (1) ».

J'étais loin de m'attendre, à cette époque, que l'année 1839 ne s'écoulerait pas sans avoir fourni de nombreuses occasions de vérifier sur l'homme la justesse de mes prévisions et l'exactitude de mes résultats ; il devait pourtant en être ainsi. Vous n'avez pas oublié que je mis sous vos yeux l'arsenic extrait du foie, de la rate, des poumons, du cœur et des membres du condamné Soufflard ; j'en retirai également du foie du sieur Lorrin; enfin il me fut aisé de constater la présence de ce métal dans le sang de la dame à laquelle M. Casimir Broussais donnait des soins. D'un autre côté, plusieurs expertises médico-légales apportèrent de nouvelles preuves à celles qui existaient déjà, ainsi, à Gaillac, MM. Rigal, Thomas, Caussé et Estruc (2), décelèrent l'arsenic absorbé par la veuve Escudier; Nicolas Mercier, l'empoisonné de Dijon, nous offrit un bel exemple du même genre; MM. Chapeau et Parisel, à Lyon, obtinrent de l'arsenic en traitant les viscères et les muscles du sieur Ayné, mort empoisonné quinze mois et demi auparavant. M. Godefroy, professeur à l'École d'Angers, aurait inutilement cherché ce métal, à l'occasion de plusieurs affaires judiciaires, s'il n'eût été guidé par les nouveaux travaux sur l'absorption; enfin, il y a à peine deux mois j'ai mis hors de doute la présence de l'arsenic dans le cœur et l'épiploon gastro-colique d'un homme mort empoisonné, à Montignac, en décembre 1838.

Au reste, le sujet que je viens traiter aujourd'hui devant vous, confirmerait encore, au besoin, tout ce que j'ai avancé sur l'absorption de certains poisons et sur la possibilité de les déceler dans les organes éloignés des tissus sur lesquels ils avaient été primitivement déposés. Je me propose, en effet, de vous démontrer que le tartre stibié est absorbé, et qu'on peut retirer de l'antimoine métallique des viscères des animaux empoisonnés par l'émétique, tout comme on extrait l'arsenic des organes d'un individu soumis à l'influence délétère d'une préparation arsénicale.

Déjà, en 1813, M. Magendie, dans son mémoire sur l'émétique, établissait, par des expériences physiologiques, l'absorption de ce sel ; mais jusqu'à présent, personne ne l'avait trouvé dans le sang et dans les divers organes de l'économie animale. Les faits sur lesquels j'appuie la proposition qui fait la base de ce travail, réunis à ceux qui sont consignés dans mes précédents mémoires sur l'arsenic, réduiront à rien, vous n'en doutez pas, toutes ces déclamations à la fois inconvenantes et ridicules, à l'aide desquelles la malveillance cherche en vain depuis quelque temps à égarer l'opinion publique.

Il ne sera pas inutile, avant d'entrer en matière, de fixer un instant votre attention sur une observation qui pourrait m'être adressée. L'émétique, dira-t-on, est très-facilement vomi et ne séjourne pas assez longtemps dans le canal digestif, pour occasionner la mort ; dès lors votre travail demeurera sans application à la médecine légale. A cela je répondrai, qu'il existe, dans les annales de la science, quelques cas d'empoisonnement par le tartre stibié, suivis de mort, et qu'il peut s'en présenter d'autres; nous savons aussi que l'application de ce sel sur le tissu cellulaire sous-cutané des chiens, à la dose de quelques grains, les tue constamment en peu d'heures. Voici ce que l'on trouve à cet égard dans le mémoire de M. Magendie. « Un homme ou un animal » pourra prendre sans danger une dose très-forte » d'émétique, pourvu qu'il vomisse promptement » après l'avoir prise, et qu'en vomissant il rejette à » peu près tout le sel qu'il avait avalé. Dans le cas » contraire, c'est-à-dire si l'homme ou l'animal qui » a pris l'émétique en grande quantité, ne vomit » point ou vomit sans rejeter la plus grande partie » de l'émétique qu'il a avalé, il pourra en résulter des » accidents graves et la mort ; dans ce dernier cas, » on aurait encore un semblable résultat, quand » bien même la quantité d'émétique ne serait point » très-considérable. »

D'ailleurs, messieurs, assez de problèmes de physiologie et de thérapeutique se rattachent à l'histoire de l'absorption des poisons, comme je me propose de le démontrer, après avoir complété mes travaux toxicologiques, pour que l'on étudie avec intérêt, même ceux de ces poisons pour lesquels les magistrats réclament rarement nos lumières.

Première expérience. Après avoir dissous cinq centigrammes de tartrate de potasse et d'antimoine dans 32 grammes d'eau distillée, je les ai intimement mélangés avec un œuf, 8 grammes de gélatine, trois grammes de mie de pain et 64 grammes de bouillon. La masse, après avoir été desséchée à un feu doux dans une capsule de porcelaine, a été carbonisée, par trois fois son poids d'acide azotique pur concentré, marquant 40 degrés à l'aréomètre, et en suivant le même procédé que j'avais employé pour déceler l'arsenic. Le charbon, traité par l'eau distillée bouillante pendant 25 minutes, a fourni un liquide légèrement acide, qui, mis dans un appareil de Marsh, préalablement essayé, a donné presqu'aussitôt une

(1) Bull. de l'Acad. roy. de Méd. — Paris, 1839, tom. 3, p. 464.

(2) Ibid., tom. 4, p. 275.

Digitized by Google

trentaine de belles taches antimoniales. Le charbon, ainsi traité par l'eau bouillante, a été soumis à l'action d'un mélange d'une partie d'acide azotique et de 8 parties d'acide chlorhydrique; après une demi-heure d'ébullition, j'ai obtenu une liqueur jaunâtre, dont j'ai retiré, à l'aide de l'appareil de Marsh, plus de 60 taches antimoniales.

Deuxième expérience. Un gramme de tartrate de potasse antimonié dissous dans deux onces d'eau a été décomposé à chaud par un mélange de décoction de noix de galle, de gélatine et d'albuminé; le précipité, promptement ramassé et d'un gris jaunâtre, a été lavé à plusieurs reprises et jusqu'à ce que l'eau de lavage ne se colorât plus par l'acide sulfhydrique; il pesait 3 grammes 2 décigrammes après avoir été desséché à une douce chaleur. On peut évaluer à 70 centigrammes environ la partie d'émétique décomposé qui se trouvait dans les 3 grammes 2 décigrammes de matière sèche, les 30 autres centigrammes ayant été enlevés par les eaux de lavage avec lesquelles le précipité avait été mis en contact.

Un centigramme de ce précipité, mis dans un appareil de Marsh, n'a point fourni d'antimoine métallique. La même quantité de précipité, carbonisée par l'acide azotique, a donné de nombreuses et larges taches antimoniales à l'aide du même appareil, tandis qu'en chauffant au chalumeau un centigramme de la même matière, on n'a aperçu aucun globule antimonial.

Cent centigrammes du précipité non carbonisé ont fourni avec de l'eau, du zinc et de l'acide sulfurique, la dixième partie environ des taches que l'on a obtenues, avec la même proportion de précipité carbonisé par l'acide azotique. Au chalumeau, cinq centigrammes de matière n'ont donné que de l'oxide blanc d'antimoine qui s'est en grande partie volatilisé.

Ces expériences ne laissant aucun doute sur la possibilité de découvrir à l'aide de l'acide azotique concentré et de la carbonisation, des atomes d'une préparation antimoniale, même quand elle a été rendue insoluble par des matières organiques, il était important de déterminer si réellement le tartre stibié pénètre dans tous nos organes, et si l'on peut retirer de ceux-ci de l'antimoine métallique, quand le sel a été avalé ou qu'il a été appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané.

Troisième expérience. Que l'on introduise dans l'estomac des chiens 15, 20 ou 25 grains de tartre stibié dissous dans trois ou quatre onces d'eau distillée, qu'on lie aussitôt l'œsophage pour empêcher le vomissement, les animaux succomberont après quelques heures. Si, après avoir attentivement séparé le foie, sans léser le canal digestif, on le coupe en petits fragments et qu'on le fasse bouillir pendant six heures dans une capsule de porcelaine avec de l'eau distillée, on obtiendra un liquide d'un jaune rougeâtre que l'on filtrera et qui sera évaporé jusqu'à siccité; le produit, traité par trois fois son poids d'acide azotique concentré et pur, laissera un charbon léger, sec, à peine acide, qui étant chauffé pendant une demi-heure, avec un mélange de huit parties d'acide chlorhydrique et une partie d'acide azotique, donne un *solutum*, dont on retirera bon nombre de taches antimoniales, à l'aide de l'appareil de Marsh. Le foie, *épuisé par l'eau bouillante*, desséché et décomposé par quatre parties environ d'acide azotique concentré et pur, fournira un charbon volumineux, léger et à peine acide, que l'on fera bouillir pendant une demi-heure avec le mélange d'acide chlorhydrique et d'acide azotique déjà indiqué; le liquide obtenu, mis dans l'appareil de Marsh, déposera à l'instant même, sur une assiette de porcelaine, de nombreuses et larges taches antimoniales.

La rate, les poumons et le cœur, desséchés et carbonisés séparément à l'aide de l'acide azotique, laissent des charbons dont on extrait à peine de l'antimoine; tandis que le foie et surtout les reins donnent des charbons fortement antimoniaux.

Le canal digestif, vidé des matières qu'il contient, lavé à grande eau pendant plusieurs jours et jusqu'à ce que les eaux de lavage ne se colorent plus par l'acide sulfhydrique, s'il est desséché et carbonisé par l'acide azotique pur et concentré, donne un charbon légèrement acide qui, étant traité pendant un quart d'heure avec l'acide chlorhydrique bouillant, fournit une liqueur dont on extrait bon nombre, de taches antimoniales à l'aide de l'appareil de Marsh.

Quatrième expérience. On a appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané de la partie interne de la cuisse d'un chien de moyenne taille, 2 grammes de tartre stibié finement pulvérisé, et enfermé dans un nouet de linge fin pesant 52 centigrammes après avoir été desséché à la température de 45°; les bords de la plaie ont été réunis par quelques points de suture. L'animal est mort au bout de vingt heures. Le sachet retiré de la plaie immédiatement après la mort, et lavé avec ménagement à l'aide d'un pinceau fin, pesait un gramme 80 centigrammes après avoir été desséché à 45°. Le sachet avait donc perdu 72 centigrammes de tartre stibié. Les poumons, le cœur et la rate de cet animal, desséchés ensemble dans une capsule de porcelaine, et carbonisés par trois fois leur poids d'acide azotique concentré et pur, ont fourni un charbon dont il a été impossible d'extraire la moindre trace d'antimoine; le foie, traité de la même manière, n'a donné qu'une petite tache insignifiante. Mais l'urine trouvée dans la vessie (environ 60 grammes) renfermait une quantité notable de tartre stibié, et déposait sur la cap-

Digitized by Google

sule de porcelaine une énorme quantité de larges et belles taches antimoniales, dès qu'elle était introduite dans l'appareil.

Cette expérience, dont la durée avait été de 20 heures, avait été tentée dans le double but de connaître combien il fallait à peu près de tartre stibié pour déterminer la mort, et de s'assurer si, lorsque ce sel est appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané, il en reste assez dans nos viscères pour y démontrer la présence de l'antimoine. Il faut avouer que les résultats obtenus n'ont pas été de nature à éclairer ces questions; en effet, en ce qui concerne la proportion du tartre stibié absorbé et nécessaire pour tuer l'animal, il n'était pas difficile de voir que les 72 centigr. de sel qui avaient disparu, n'avaient pas été tous absorbés, d'abord parce que l'émétique, mis en poudre sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse des chiens, tue ces animaux plus promptement et à une dose beaucoup moindre, et ensuite parce que le tartre stibié étant assez soluble dans l'eau, une grande partie du sel, après s'être échappée du sachet, avait dû se dissoudre et se répandre à la surface du membre qui, du reste, était le siége d'une vive inflammation. L'absence d'une préparation antimoniale dans le foie, la rate, les poumons et le cœur, et sa présence dans l'urine ne peuvent guère s'expliquer qu'en admettant que le tartre stibié mis sur le tissu cellulaire de la cuisse est absorbé et porté dans le sang et dans tous les viscères, où il ne séjourne *que pendant un temps assez court*, pour être ensuite expulsé avec l'urine. Voici les expériences que j'ai tentées pour savoir à quoi m'en tenir sur ces deux points.

Cinquième expérience. J'ai appliqué sur le tissu cellulaire de la partie interne de la cuisse d'un chien de moyenne taille, six grains de tartre stibié en poudre fine. L'animal est mort au bout de 12 heures. Un autre chien soumis à la même expérience a été tué, quatre heures après l'empoisonnement, en lui ouvrant l'aorte ventrale. 180 grammes de sang retiré de cette artère, desséché et carbonisé par l'acide azotique concentré et pur ont fourni un charbon qui, après avoir bouilli pendant une demi-heure avec de l'acide chlorhydrique, mélangé de quelques gouttes d'acide azotique, a donné un liquide ne contenant pas *la plus légère trace d'antimoine*. Il en a été de même du sang extrait de la *veine cave*. Le foie desséché et carbonisé par l'acide azotique a fourni *une assez grande quantité* de taches antimoniales; mais c'est surtout de l'urine qu'on a retiré une proportion considérable de gaz hydrogène antimonié, qui étant brûlé, a laissé déposer sur des assiettes de porcelaine, *de nombreuses et larges taches d'antimoine métallique*.

Sixième expérience. Deux grains d'émétique en poudre fine, placé comme il a déjà été dit, sur la cuisse d'un chien jeune et faible, ont occasionné la mort au bout de 17 heures. Le foie carbonisé n'a fourni qu'un petit nombre de taches jaunes et *des traces* d'antimoine; l'urine dont on avait empêché l'excrétion en liant la verge, décomposée par l'acide azotique et mise dans l'appareil a, au contraire, donné de nombreuses et larges taches antimoniales.

Septième expérience. Deux grains d'émétique finement pulvérisé, appliqués sur la cuisse d'un chien, un peu plus fort que le précédent, n'ont déterminé la mort qu'au bout de 36 heures. Le foie, après avoir été desséché et carbonisé par l'acide azotique concentré, a été traité à chaud par l'acide chlorhydrique mêlé de quelques gouttes d'acide azotique; la liqueur introduite dans l'appareil n'a pas fourni la moindre trace d'antimoine; tandis que l'urine retirée de la vessie, soumise aux mêmes opérations a donné une prodigieuse quantité de larges et belles taches antimoniales.

Huitième expérience. On a appliqué 6 grains de tartre stibié finement pulvérisé sur le tissu cellulaire sous-cutané de la partie interne de la cuisse d'un chien de moyenne taille; une heure après, l'animal a été pendu; aussitôt on a desséché et carbonisé six onces environ de sang, dans lequel il a été impossible de découvrir le moindre vestige d'antimoine; tandis que le foie traité de la même manière, en a donné une proportion notable. La vessie était vide.

Ces expériences établissent d'une manière incontestable, 1° que le tartre stibié introduit dans l'estomac ou appliqué sur le tissu cellulaire sous cutané pénètre assez promptement jusque dans l'intérieur de nos viscères où il ne séjourne que peu de temps, surtout lorsque ces viscères ne sont pas des organes sécréteurs; 2° qu'après avoir abandonné ces viscères, il est éliminé avec l'urine et probablement aussi avec tous les autres liquides sécrétés.

Les faits suivants viennent à l'appui de ces deux propositions : 1° J'ai présenté à l'Académie, dans la séance du 7 avril 1840, de l'antimoine métallique extrait de 120 grammes d'urine provenant d'un malade atteint de pneumonite et auquel M. le professeur Duméril avait fait prendre 120 centigrammes de tartrate de potasse antimonié en 24 heures. Le malade avait eu plusieurs selles, et l'urine soumise à mon examen, était la seule qu'il eût excrétée sans être mélangée de matières fécales; 2° M. Bouvier, mon collègue à l'Académie, m'a remis depuis, 130 grammes d'urine d'une femme âgée de 80 ans, rendue 12 heures après l'ingestion d'une potion stibiée, contenant 60 grammes de tartre stibié, et qui avait été administrée en 24 heures sans qu'elle eût déterminé ni selles ni vomissements. Cette urine évaporée, carbonisée et soumise ensuite au traitement indiqué à l'expérience première, a fourni autant d'antimoine métallique que la précédente;

Digitized by Google

3° M. le docteur Husson, membre de l'Académie royale de médecine, m'a fait parvenir, dans cinq bouteilles distinctes, cinq litres environ d'urine expulsée par cinq malades confiés à ses soins, dont quatre étaient atteints de pneumonite et qui avaient pris depuis 60 jusqu'à 130 centigrammes d'émétique dans les 24 heures. L'urine rendue par les quatre individus qui avaient pris 80 ou 130 centigrammes de sel m'a donné de l'antimoine métallique, tandis que je n'en ai pas obtenu en agissant sur celle qui avait été expulsée par le malade qui n'en avait avalé que 60 centigrammes; quatre de ces malades avaient eu des évacuations alvines; 4° L'urine fournie par un malade, que mon collègue, M. Bérard jeune, traitait par l'émétique à haute dose, ne m'a pas donné la moindre trace d'antimoine; mais cette urine avait été rendue trois jours après l'ingestion de la dernière dose de tartre stibié; 5° M. Martin Solon a trouvé de l'antimoine dans l'urine d'un individu qui n'avait pris que 25 centigrammes, et qui n'avait eu ni vomissements ni selles; 6° J'ai retiré de l'antimoine du foie, de la rate et des reins de la femme Klein, âgée de 82 ans, décédée à la Salpêtrière, et à qui M. Bouvier avait administré 5 décigrammes d'émétique. La mort était survenue 15 heures après l'ingestion du sel, qui avait déterminé quelques selles sans vomir.

Conclusions. Il résulte des expériences qui précèdent :

1° Que le tartre stibié introduit dans l'estomac ou appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané des chiens vivants, est absorbé, et porté dans tous les organes de l'économie animale, comme M. Magendie l'avait annoncé sans le démontrer.

2° Que lorsqu'il est mis en poudre ténue sur le tissu cellulaire sous-cutané de la partie interne de la cuisse, il suffit de deux grains pour déterminer la mort des chiens de petite taille, au bout de 30 ou 40 heures.

3° Qu'il est possible, à l'aide de certains procédés chimiques, de retirer l'antimoine métallique de la portion de tartre stibié qui a été absorbée.

4° Qu'il devient indispensable de recourir à cette extraction, lorsqu'on n'a pas trouvé le poison dans le canal digestif ou sur les autres parties sur lesquelles il avait été immédiatement appliqué, ou dans la matière des vomissements; car en se bornant à rechercher le tartre stibié dans l'estomac et les intestins, on court d'autant plus le risque de ne pas découvrir, qu'il est très-facilement vomi, tandis que l'on pourra obtenir le métal d'une partie au moins de la portion qui aura été absorbée.

5° Qu'un rapport médico-légal devra être déclaré incomplet et suffisant, par le seul fait *que dans le cas indiqué,* on aura omis de rechercher le tartre stibié dans les tissus où il peut se trouver, après avoir été absorbé.

6° Que parmi les viscères de l'économie animale; les organes sécréteurs et notamment le foie et les reins en contiennent beaucoup plus que les autres, ce qui tient évidemment à ce que le sang séjourne plus longtemps dans les premiers que dans les derniers.

7° Que s'il est décomposé par le sang et les organes dans lesquels il se rend, cette décomposition n'est pas complète, puisqu'en traitant ces organes par l'eau bouillante, on obtient un liquide très-sensiblement antimonial; à la vérité, il ne serait pas impossible que l'acide tartrique seul fût décomposé et que le tartre stibié fût réduit à de l'hypo-antimonite de potasse soluble dans l'eau bouillante.

8° Que l'on peut déceler ce poison en traitant convenablement un des viscères de l'économie animale préalablement desséché, surtout lorsque ce viscère est un organe de sécrétion; mais qu'il est préférable d'agir à la fois sur plusieurs d'entre eux, afin de se procurer une plus grande quantité d'antimoine métallique et de le reconnaître plus facilement.

9° Qu'il pourrait cependant arriver dans une expertise médico-légale, que l'on ne retirât aucune trace de ce métal en analysant les viscères seuls ou réunis, parce que l'émétique ne séjourne que pendant un certain temps dans ces viscères, et que déjà il aurait pu les abandonner pour se mêler aux liquides des sécrétions; alors on pourrait obtenir une proposition notable d'antimoine en agissant convenablement sur ces liquides et en particulier sur l'urine.

10° Que s'il est vrai que l'acide arsénieux se comporte à cet égard comme l'émétique, c'est-à-dire qu'il s'échappe d'abord du sang, puis des viscères pour se mêler aux liquides sécrétés, cet effet n'a pourtant pas lieu, ni à beaucoup près, aussi rapidement que pour le tartre stibié et que dès lors cela explique pourquoi on retrouve souvent dans le sang et surtout dans les viscères, une portion de l'arsenic absorbé, lors même que l'urine en contient déjà, et *plusieurs jours après* l'introduction du poison dans l'économie animale.

11° Que le procédé à suivre pour l'extraction de l'antimoine métallique, contenu dans la portion de tartre stibié absorbé, consiste à carboniser les viscères desséchés par l'acide azotique concentré et pur, dans une capsule de porcelaine, comme je l'ai indiqué dans mon mémoire sur l'arsenic, à faire bouillir pendant une demi-heure le charbon obtenu avec de l'acide chlorhydrique mélangé de quelques gouttes d'acide azotique, à filtrer la liqueur et à l'introduire dans un appareil de Marsh; il ne tardera pas à se dégager du gaz hydrogène antimonié, qui, étant enflammé, déposera une grande par-

Digitized by Google

tie du métal qu'il renferme sur une assiette de porcelaine. Pendant la carbonisation, l'acide tartrique est entièrement décomposé, et tout porte à croire que le protoxyde d'antimoine passe à l'état d'acide antimonieux soluble dans l'acide chlorhydrique, tandis que la potasse du tartre stibié s'unit à l'acide azotique, dont on trouve presque toujours un léger excès dans le charbon.

12° Que ce même procédé doit être préféré à tous ceux qui sont connus pour découvrir une préparation antimoniale insoluble dans l'eau et combinée avec les matières alimentaires ou excrémentitielles solides qui pourraient exister dans le canal digestif, ou qui feraient partie des matières solides vomies, dans un cas d'empoisonnement par l'émétique.

13° Que l'extraction de l'antimoine métallique des viscères ou de l'urine des cadavres d'individus qui n'avaient pas été soumis à l'usage médicamenteux d'une préparation stibiée, prouve d'une manière incontestable qu'il y a eu empoisonnement, à moins que cette préparation ne soit arrivée dans les organes par suite d'une imbibition cadavérique, puisque ni les viscères, ni l'urine de ces individus traités de la même manière, ne fournissent aucune trace d'antimoine.

14° Enfin qu'il est aisé de distinguer les taches antimoniales des autres aux caractères indiqués dans mon premier mémoire sur l'arsenic.

En terminant, j'attirerai l'attention de l'Académie sur un point de ce travail qui n'est point sans intérêt. Si les expériences récentes de M. Blacke, établissent que certains poisons végétaux très-actifs sont absorbés et portés dans tous les organes *en quelques secondes*, ce que M. Magendie avait déjà observé pour le phosphore, il résulte des miennes, que le tartre stibié, après son absorption, ne reste pas longtemps dans le sang, ou du moins qu'il n'y est pas en quantité assez sensible, une heure après l'empoisonnement, pour pouvoir être décelé par l'appareil de Marsh. L'acide arsénieux abandonne également le sang au bout d'un certain temps, mais beaucoup plus lentement que l'émétique; ainsi je n'en ai pas trouvé dans le sang des chiens empoisonnés 22 heures auparavant, tandis que j'en ai reconnu la présence au bout de trois heures chez les mêmes animaux, et après treize heures chez Soufflard et chez la dame que soignait M. Casimir Broussais. Le malade la rue de Richelieu, m'en a fourni quelques traces plusieurs jours après l'empoisonnement; toutefois je n'oserais pas affirmer, en présence des résultats de mes nouvelles recherches, que l'atome d'arsenic extrait à cette époque du sang de cet individu ne provînt pas d'une petite proportion d'acide arsénieux qui n'aurait pas été expulsé du canal digestif par les vomissements et par les selles, et qui, ayant ainsi séjourné longtemps dans ce canal, aurait été ultérieurement absorbé. Quoi qu'il en soit, il est curieux, sans que cela puisse surprendre, de voir l'émétique et l'acide arsénieux, après avoir été abandonnés par le sang et déposés dans les divers tissus de l'économie animale, rester beaucoup plus longtemps et en plus forte proportion dans les organes sécréteurs que dans les autres, avant qu'ils aient été complétement éliminés de ces viscères pour se mêler aux liquides sécrétés; mais ce qui me paraît plus important comme fait physiologique, ainsi que je le démontrerai plus tard, c'est la différence notable que présentent ces deux poisons, et que présenteront, je n'en doute pas, plusieurs autres, sous le rapport du temps pendant lequel chacun d'eux est gardé par nos organes.

L'Esculape. — Septembre 1840.

Mémoire sur l'empoisonnement par les sels de cuivre; lu à l'Académie royale de Médecine.

Messieurs,

Vous vous rappelez sans doute que dans la séance du 7 avril dernier, à l'occasion du rapport de M. Chevalier sur le mémoire de MM. Chapeau et Parisel, j'annonçai à l'Académie que les sels de cuivre, à l'instar des préparations arsénicales et antimoniales, étaient absorbés et qu'on pouvait les trouver dans les divers tissus des animaux qui étaient sous leur influence. Je n'insisterai pas de nouveau sur l'importance de ce fait physiologique qui ajoute encore de nouvelles preuves à l'appui de cette proposition fondamentale, qu'on ne conteste plus aujourd'hui, savoir : que dans les divers cas d'empoisonnement où les experts ne découvrent pas la substance vénéneuse dans le canal digestif, ils peuvent la déceler dans les viscères et dans les divers tissus de l'économie animale, si elle a été absorbée. Il s'agit aujourd'hui de démontrer 1° que l'acétate et le sulfate de cuivre sont absorbés; 2° que s'il est vrai qu'il existe naturellement du cuivre dans tous nos tissus, il est pourtant possible de distinguer ce cuivre normal de celui qui proviendrait d'un sel cuivreux administré comme poison ou comme médicament. J'examinerai ensuite jusqu'à quel point les phénomènes d'imbibition qui ont lieu après la mort, tant pour les sels cuivreux que pour tous les autres poisons solubles, doivent être pris en considération par les experts chargés de se prononcer dans les questions délicates dont je poursuis la solution.

Mais je crois auparavant devoir rechercher quels sont les meilleurs procédés pour découvrir les quan-

Digitized by Google

tités les plus minimes d'un sel cuivreux qui serait mélangé ou combiné avec une forte proportion de matière organique.

Expériences tentées dans le but de découvrir un procédé au moyen duquel on puisse déceler des atomes d'un sel cuivreux mélangé ou combiné avec une forte proportion de matière organique.

EXP. I. — J'ai mélangé deux blancs d'œuf délayés dans un kilogramme d'eau avec un décigramme de cuivre cristallisé et préalablement dissous dans l'eau distillée. La liqueur chauffée jusqu'à l'ébullition, s'est coagulée ; dès que le précipité, d'un blanc très-légèrement bleuâtre, a été ramassé au fond du vase, je l'ai lavé à grande eau, jusqu'à ce que la dissolution ne se colorât plus par le cyanure jaune de potassium et de fer, ni par l'acide sulfhydrique. Ce précipité, après avoir bouilli pendant une heure avec de l'eau distillée ne paraissait pas avoir diminué de volume ; cependant l'eau bouillante en avait dissous une petite proportion ; en effet, la liqueur filtrée, quoique *sans réaction aucune sur le cyanure et sur l'acide sulfhydrique*, évaporée jusqu'à siccité, a laissé un résidu léger, blanc bleuâtre, qui, après avoir bouilli pendant quelques minutes avec de l'eau régale, a donné un produit d'un blanc jaunâtre, dans lequel on pouvait déceler du cuivre, soit à l'aide du cyanure jaune de potassium et de fer, soit à l'aide d'une lame de fer.

EXP. II. — J'ai fait un mélange de 2 onces de gélatine en poudre, d'un œuf, de 32 gr. de mie de pain, de 60 gram. de viande hachée, de 50 gram. de bouillon et de 2 centigr. d'acétate de cuivre. Après avoir desséché ce mélange à une douce chaleur, je l'ai carbonisé dans une capsule de porcelaine, à l'aide de trois fois et demie son poids d'acide azotique *pur* et concentré. Le charbon était léger, sec, brillant et à peine acide ; je l'ai fait bouillir pendant 25 minutes dans une capsule de porcelaine, avec 40 gram. d'acide chlorhydrique pur, 30 gram. d'eau distillée et 4 gouttes d'acide azotique pur. La liqueur filtrée, de couleur noirâtre, a été partagée en deux parties égales, A et B. La portion A a été soumise pendant 20 minutes à un courant de gaz acide sulfhydrique, préalablement lavé, qui l'a troublée à l'instant même ; au bout de 24 heures, il s'était déposé un précipité peu abondant de couleur brune noirâtre. Après avoir décanté la liqueur et lavé suffisamment ce précipité avec de l'eau distillée, je l'ai fait bouillir avec un mélange de 3 parties d'acide chlorhydrique et d'une partie d'acide azotique concentré ; la liqueur filtrée, fortement colorée en rouge brun, a été de nouveau traitée à chaud par l'eau régale, afin de détruire la matière organique qui la colorait ; cette nouvelle liqueur, d'un jaune clair, a été évaporée jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine, à une douce chaleur ; le produit à peine coloré en jaune, contenait évidemment du fer et du *cuivre* : en effet, lorsqu'on en touchait une partie avec du cyanure jaune de potassium et de fer, il se colorait instantanément en *bleu foncé*, et l'on apercevait çà et là une nuance rouge brune. J'ai fait dissoudre ce produit dans de l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique, et je l'ai fait bouillir pendant sept à huit minutes avec de l'ammoniaque liquide. Il s'est aussitôt déposé du sesqui-oxide de fer rouge ; j'ai filtré et fait évaporer la liqueur jusqu'à siccité ; le produit de cette évaporation, à peine coloré, passait instantanément au *rouge brun*, sans aucune nuance *bleue*, lorsqu'on le touchait avec du cyanure jaune de potassium et de fer, absolument comme l'aurait fait un sel de cuivre.

B. J'ai plongé une lame de fer mince et parfaitement décapée dans l'autre portion de la liqueur noirâtre. Au bout de quelques heures, toute la partie de la lame que touchait la liqueur était recouverte de *cuivre* rouge. En effet, après avoir lavé cette lame avec de l'eau distillée et l'avoir essayée entre deux feuilles de papier Joseph, j'ai versé sur la partie rouge une goutte d'ammoniaque liquide et je l'ai exposée au soleil ; bientôt après, la goutte était colorée en *bleu* par du bioxide de cuivre ; d'un autre côté, à l'aide d'un canif, j'ai détaché avec précaution le cuivre qui recouvrait les deux faces de la lame et je l'ai obtenu en limaille parfaitement reconnaissable, quoique mélangé de fer. Afin de lever toute incertitude à cet égard, j'ai chauffé cette limaille avec de l'acide azotique étendu de son poids d'eau qui l'a dissoute, et en évaporant la liqueur jusqu'à siccité, il est resté de l'azotate de cuivre et de fer dont j'ai séparé ce dernier métal à l'aide de l'ammoniaque, de l'ébullition et du filtre ; l'azotate de cuivre ammoniacal filtré et évaporé jusqu'à siccité, s'est fortement coloré en *rouge brun* par le cyanure jaune de potassium et de fer. Les résultats de cette expérience ne laissant aucun doute sur la possibilité de découvrir de très-minimes quantités d'un sel cuivreux mélangé ou combiné avec des matières organiques, il importait de savoir quelles étaient les conditions les plus favorables pour déceler les plus petites portions de cuivre dans des liqueurs organiques, soit à l'aide de l'acide sulfhydrique, soit à l'aide d'une lame de fer.

EXP. III. — Après avoir desséché le *foie*, la *rate*, les *reins*, le *canal digestif*, le *cœur* et les *poumons* d'un adulte qui avait succombé la veille à une attaque d'apoplexie, j'ai carbonisé la masse par l'acide azotique concentré, et j'ai fait bouillir pendant trois quarts d'heure une portion de charbon obtenu avec de l'acide chlorhydrique pur ; j'ai alors mélangé avec 12 grammes environ de cette liqueur *huit gouttes* d'une dissolution concentrée d'acétate de cuivre et 20 gouttes d'acide sulfurique du commerce ; une

Digitized by Google

lame de fer plongée dans cette liqueur n'était point recouverte de cuivre au bout de 10 heures; 18 heures après le commencement de l'expérience, on apercevait un peu de cuivre sur la lame, tandis qu'une autre lame de fer plongée dans 12 grammes d'eau distillée acidulée par deux gouttes d'acide sulfurique et mélangée avec *une seule* goutte d'acétate de cuivre, était rouge au bout d'une demi-heure.

Exp. IV. — J'ai mélangé avec 200 grammes du charbon dont il vient d'être fait mention à l'expérience deuxième, *huit* gouttes d'une dissolution *concentrée* d'acétate de cuivre; le charbon ayant bouilli pendant trois quarts d'heure avec de l'acide chlorhydrique et quelques gouttes d'acide azotique, j'ai filtré la liqueur, et je l'ai partagée en trois parties, A B C. A, de *couleur noirâtre*, n'avait point déposé de cuivre sur une lame de fer au bout de 24 heures, et cette lame était *noire* et terne dans la partie qui avait trempé dans le liquide. B, décoloré par l'eau régale bouillante, a fourni un liquide qui, après avoir été évaporé *presque* à siccité, a été dissous dans l'eau acidulée par quatre gouttes d'acide sulfurique; la liqueur *incolore* n'a pas tardé à déposer du cuivre sur la lame de fer. C, traité comme B, après avoir été évaporé *jusqu'à siccité* et dissous dans l'eau acidulée par deux gouttes d'acide sulfurique, a également donné un liquide *incolore* qui a abandonné du cuivre; mais au bout de quelques heures la teinte rouge était recouverte d'une matière *noire* qui était évidemment de l'oxide noir de fer.

Exp. V. — J'ai versé six gouttes d'une dissolution concentrée d'acétate de cuivre dans 48 grammes d'eau; le mélange, partagé en 6 parties égales, a été placé dans 6 verres à expérience; chacun des liquides a été acidulé. Le n° 1 par *une* goutte d'acide sulfurique; le n° 2 par *quatre* gouttes; le n° 3 par *huit;* le n° 4 par *douze;* le n° 5 par *vingt*, et le n° 6 par 60 *gouttes* d'acide *chlorhydrique*. Six lames de fer parfaitement décapées plongées dans les 6 liqueurs n'ont pas tardé à se recouvrir de cuivre rouge; partout où l'acide était en proportion sensible, il se dégageait du gaz hydrogène; ce dégagement était assez rapide dans la liqueur n° 5. Au bout de trois ou quatre heures, on voyait au fond des liquides les plus acides du *cuivre en limaille*, et alors la lame de fer *noircissait* en se recouvrant *d'oxide noir de fer*. Le lendemain la lame plongée dans la liqueur n° 5 était *noire* et fortement colorée; dans les n°s 1, 2, 3 et 4, on apercevait encore çà et là quelques portions rougeâtres entourées d'oxide noir de fer. La lame mise en contact avec l'acide chlorhydrique, était la *seule* qui fût recouverte dans *presque toute son étendue* d'une couche de cuivre rouge, quoique déjà elle offrît çà et là quelques points noirs.

Exp. VI. — Dans le désir de connaître jusqu'à quel point le fer et le cyanure jaune de potassium et de fer étaient sensibles pour déceler les plus minimes quantités d'une dissolution cuivreuse, j'ai étendu de 100 grammes d'eau distillée une goutte d'une dissolution concentrée d'acétate de cuivre; j'ai pris la moitié de cette liqueur dans laquelle il n'y avait par conséquent qu'une demi-goutte d'acétate, et je l'ai encore mélangée avec son volume d'eau; cette dissolution a été partagée en deux parties égales A et B, dans chacune desquelles il n'y avait qu'un quart de goutte d'acétate et 50 grammes d'eau distillée. A, traité par deux gouttes de cyanure jaune de potassium et de fer, s'est aussitôt coloré en rose pâle; mais cette nuance était tellement légère qu'il était difficile de l'apercevoir. Voyant, même au bout de 18 heures, qu'il ne s'était déposé aucun précipité, et que la liqueur ne s'était pas sensiblement troublée, je l'ai fait évaporer jusqu'à siccité, et j'ai obtenu une couche mince, *mais étendue*, de cyanure de cuivre et de fer d'un rouge marron, parfaitement reconnaissable. La portion B, mise en contact avec une lame de fer, après avoir été légèrement acidulée, a fourni, au bout de quelques heures, une légère couche de cuivre.

J'ai alors répété l'expérience avec un *seizième* de goutte d'acétate de cuivre dissous dans 50 grammes d'eau, soit pour A, soit pour B. La dissolution A, évaporée jusqu'à siccité, a à peine laissé un résidu, dont la couleur grise claire tirant un peu au rose excessivement pâle ne permettait pas même de soupçonner qu'il contînt du cyanure de cuivre et de fer. La portion A, réduite par *l'évaporation* à un gramme environ, a été acidulée par une goutte d'acide chlorhydrique; on y a plongé une lame de fer parfaitement décapée, et, au bout de 24 heures, il y avait du cuivre déposé sur cette lame.

La lame de fer doit donc être préférée au cyanure jaune de potassium et de fer, d'abord parce qu'elle sépare le cuivre, tandis que le cyanure ne donne qu'une coloration rouge ou rosée que l'on pourrait confondre avec des nuances analogues fournies par d'autres réactions, et ensuite parce qu'elle est au moins aussi sensible que ce cyanure, et si M. Devergie dit que le fer s'arrête à une liqueur au 6,000e quand le cyanure peut déceler un 80,000e, c'est qu'il n'a pas bien opéré; s'il eût concentré la dissolution cuivreuse, il aurait vu qu'au bout de quelques heures la lame de fer se recouvrait de cuivre, là où il n'en a pas aperçu.

Exp. VII. — J'ai plongé une lame de fer dans un liquide *organique*, *non cuivreux*, *noirâtre* et *acidulé;* au bout de quelques heures la lame retirée du liquide, lavée et exposée à l'air et à la lumière solaire, s'est irisée et offrait çà et là des points ou des plaques jaunes et *rougeâtres* que l'on aurait pu être tenté de considérer comme cuivreux,

Digitized by Google

et qui étaient simplement le résultat de l'action de l'air et de l'acide employé sur le fer. Il importe de ne pas confondre ces colorations avec celles que produit le cuivre; lorsque ce dernier métal se dépose sur du fer, celui-ci est recouvert de cuivre *dans toute la portion qui a plongé dans la liqueur*, et la couche cuivreuse doit se comporter avec l'ammoniaque et avec l'acide azotique comme je l'ai dit (V. l'expérience 2e B).

Exp. VIII. — J'ai préparé une masse alimentaire semblable à celle dont j'ai parlé à l'expérience deuxième, et après l'avoir mélangée avec 2 centigrammes d'acétate de cuivre et 300 grammes d'azotate de potasse cristallisé *ne contenant pas de cuivre*, je l'ai desséchée dans une capsule de porcelaine. Le produit a été brûlé, par petites parties, dans un creuset de porcelaine chauffé jusqu'au rouge. Le résidu de cette combustion d'une couleur verdâtre épuisé par l'eau bouillante, a fourni un liquide *incolore* et un léger précipité d'un blanc grisâtre; le liquide rapproché par l'évaporation et même desséché n'a donné aucune trace de cuivre par l'action du cyanure jaune de potassium et de fer, ni par l'ammoniaque, etc.; le précipité, chauffé pendant quelques minutes, avec de l'acide chlorhydrique étendu d'eau, s'est dissous en partie; le *solutum* contenait du chlorure de cuivre, car en le saturant par l'ammoniaque en excès, en le filtrant et en l'évaporant jusqu'à siccité, il fournissait un produit qui, étant dissout dans l'eau acidulée par une goutte d'acide chlorhydrique, laissait déposer du *cuivre* sur une lame de fer parfaitement décapée.

Exp. IX. — J'ai répété cette expérience en substituant à l'acétate de cuivre, 2 centigrammes de *sulfate* de ce métal, et j'ai obtenu les mêmes résultats.

Il résulte de ces faits que l'on peut déceler des atomes d'un sel cuivreux qui serait mélangé ou *combiné* avec une grande quantité de matière organique, *par suite d'un empoisonnement*, en faisant bouillir pendant quelques heures la masse suspecte avec de l'eau distillée et en traitant le *décoctum* filtré par l'un ou l'autre des procédés suivants:

1° *Carbonisation par l'acide azotique.* On évapore le *décoctum* jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine, et on carbonise le produit en le chauffant avec de l'acide azotique *distillé sur du nitrate d'argent*, marquant 41 degrés à l'aréomètre de Baumé. On fait bouillir le charbon pendant une heure avec de l'acide chlorhydrique pur et concentré, mélangé de quelques gouttes d'acide azotique; on filtre la liqueur après l'avoir étendue d'eau, et on la fait bouillir avec de l'eau régale pour la décolorer. On réitère plusieurs fois ce traitement, jusqu'à ce que la dissolution soit presque entièrement décolorée ou d'un jaune clair; on l'évapore et l'on dissout le produit obtenu et sec dans de l'eau distillée acidulée par une ou deux gouttes d'acide chlorhydrique; on filtre de nouveau. La liqueur contient du cuivre, car elle laisse déposer ce métal sur une lame de fer parfaitement décapée au bout d'un temps qui varie et qui n'excède jamais 24 heures, et si on la fait traverser par un courant de gaz acide sulfhydrique lavé, elle fournit du sulfure de cuivre mélangé de soufre et de matière animale, qui étant ramassé, lavé, desséché à un feu doux et chauffé avec de l'acide azotique concentré, se transforme en sulfate de cuivre facile à reconnaître, et dont on peut constater l'existence au moyen de l'ammoniaque, du cyanure de potassium et de fer, de la lame de fer, etc.

Il est nécessaire d'employer pour ces expériences de l'acide azotique *distillé sur du nitrate* d'argent; car l'acide du commerce contient souvent du fer et *quelquefois du cuivre*. Il importe aussi, lorsqu'on cherche à déceler des atomes d'un sel cuivreux, de détruire autant que possible la matière organique, et de ne plonger la lame de fer que dans des liqueurs peu acides. (V. 4e et 5e *expériences*.) On doit encore s'assurer que le métal déposé sur le fer est réellement du cuivre (2e *expérience* B). Il faut enfin préférer la lame de fer au cyanure jaune de potassium et de fer, parce qu'elle est excessivement sensible, qu'elle fournit le métal, et que, lorsque la quantité de cuivre est très-minime, la coloration que détermine le cyanure est loin d'être caractéristique; d'ailleurs qui oserait affirmer que dans certains mélanges *non cuivreux*, ce cyanure ne puisse, par suite de réactions qu'il est impossible de prévoir, développer une couleur noire ou rougeâtre qui induirait les experts en erreur?

2° *Traitement par l'azotate de potasse.* On mélange le *décoctum* aqueux avec une suffisante quantité d'azotate de potasse cristallisé, ne contenant point de cuivre; on évapore jusqu'à siccité et on brûle le produit, par petites parties, dans un creuset de porcelaine neuf dont la température a été préalablement élevée jusqu'au rouge. On retire le creuset du feu, et dès que la matière, légèrement refroidie, commence à se solidifier, on y ajoute peu à peu et par gouttes de l'eau distillée, afin de la délayer et de pouvoir la retirer du creuset; on verse la liqueur dans un verre à expérience et on l'abandonne à elle-même. L'eau dissout l'azotate de potasse, l'azotate de potasse non décomposé, l'hypoazotite, le carbonate et le silicate de cette base qui se sont formés, ainsi que l'excès de potasse, tandis qu'il se dépose du *bioxyde de cuivre*, du sesqui-oxyde de fer, un peu de silicate de potasse et quelques particules de la matière du creuset; la couleur du dépôt varie suivant qu'il contient plus ou moins d'oxyde de cuivre ou de fer, suivant le temps pendant lequel la matière a été chauffée dans le creuset. On décante

Digitized by Google

la liqueur, qui est fortement alcaline, et on lave le précipité, *en général peu abondant*, avec de l'eau distillée; les eaux de lavage ne contiennent point de cuivre. On chauffe le précipité dans une petite capsule de porcelaine pour le dessécher, puis on le fait bouillir avec de l'acide chlorhydrique pur, de manière que la liqueur soit *sensiblement acide* ; on ajoute de l'eau distillée et l'on filtre; la liqueur, qui renferme du chlorure de cuivre et du chlorure de fer, est saturée par un excès d'ammoniaque liquide et portée à l'ébullition ; on filtre de nouveau pour séparer le sesqui-oxyde de fer précipité ; le *solutum*, évaporé jusqu'à siccité, dissous dans une petite quantité d'eau et acidulé par une goutte d'acide chlorhydrique, laisse déposer du cuivre sur une lame de fer, au bout d'une ou de quelques heures. Il importe aussi de laver le creuset avec de l'acide chlorhydrique étendu de son volume d'eau, et de chauffer jusqu'à l'ébullition, pour dissoudre le bioxyde de cuivre qui aurait pu rester sur les parois ; on agit alors sur ce chlorure comme il vient d'être dit.

Pour mieux faire ressortir l'exactitude de ce procédé, aussi sensible et beaucoup plus expéditif que le précédent, je dois ajouter qu'ayant à plusieurs reprises fait rougir dans des creusets de porcelaine neufs l'azotate de potasse dont je m'étais servi, je n'ai jamais obtenu *la plus légère trace de cuivre* en analysant le précipité qui s'était formé par l'action de l'eau bouillante sur le produit de la calcination, quoique celle-ci eût été quelquefois prolongée pendant une heure; je ne pourrais pas en dire autant de certains creusets de Hesse. Toutefois je conseille positivement de ne jamais employer ce procédé, sans s'être préalablement assuré, par l'expérience qui vient d'être indiquée, que le *nitre* et le *creuset* dont on va se servir *ne fournissent point de cuivre*.

Expériences ayant pour objet de déterminer si l'acétate et le sulfate de cuivre sont absorbés.

L'absorption des sels de cuivre sera mise hors de doute si je prouve 1° que l'on retire du cuivre métallique des viscères des animaux morts empoisonnés par ces sels, introduits dans l'estomac ou appliqués sur le tissu cellulaire sous-cutané ; 2° que le cuivre ainsi obtenu n'est pas celui qui existe naturellement dans le corps de ces animaux ; 3° qu'il ne provient pas non plus tout entier de cette portion de sel cuivreux qui transsude à travers les tissus *après la mort* et qui arrive par *imbibition* jusqu'aux organes éloignés du point sur lequel le sel cuivreux avait été mis.

—

§ I.

On retire du cuivre métallique des viscères des animaux morts empoisonnés par l'acétate ou par le sulfate de cuivre, introduits dans l'estomac ou appliqués sur le tissu cellulaire sous-cutané.

Acétate de cuivre.

Exp. X. — On introduit dans l'estomac d'un chien de moyenne taille, 2 décigrammes d'*acétate de cuivre* dissous dans 60 grammes d'eau distillée; on lie l'œsophage. L'animal meurt au bout de 52 heures. *Trois jours après*, on fait bouillir dans une capsule de porcelaine neuve, le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* et le *cœur* de ce chien avec 2 litres d'eau distillée et cinq gouttes d'acide azotique concentré. Le *décoctum* filtré et évaporé est carbonisé par l'acide azotique à 41 degrés. On fait bouillir pendant 25 minutes le charbon avec de l'acide chlorhydrique, quelques gouttes d'acide azotique et de l'eau; la liqueur, de couleur jaunâtre, est filtrée et évaporée jusqu'à siccité : en touchant le produit solide avec du cyanure jaune de potassium et de fer, on obtient à l'instant même une couleur *rouge brune ;* ce produit dissous dans l'eau, acidulé par deux gouttes d'acide chlorhydrique et mis en contact avec une lame de fer parfaitement décapée, ne tarde pas à déposer du cuivre métallique.

Exp. XI. — On lie l'œsophage d'un chien assez robuste, qui vient d'avaler trois décigrammes d'*acétate de cuivre* cristallisé dissous dans 100 grammes d'eau. L'animal meurt au bout de 30 heures. *Deux jours après*, on fait bouillir pendant 6 heures avec de l'eau distillée, le *foie*, la *rate*, les *reins*, le *cœur* et les *poumons ;* le *décoctum* évaporé jusqu'à siccité et carbonisé, laisse un charbon qui, étant traité à chaud par la liqueur acide déjà mentionnée et de l'eau, fournit par l'évaporation un résidu contenant du cuivre et du fer; car, si on le dissout dans un acide faible et que l'on sépare le fer par un excès d'ammoniaque, à la température de l'ébullition, on obtient une liqueur d'un jaune clair, que l'on réduit à siccité et qui donne une belle couleur *rouge brun* par le cyanure jaune de potassium et de fer, et dont on sépare du cuivre à l'aide d'une lame de fer.

Ces viscères épuisés par l'eau bouillante, desséchés, carbonisés par l'acide azotique et soumis aux mêmes opérations que le *décoctum* fournissent également du cuivre, par les mêmes réactifs.

Exp. XII. — On introduit dans l'estomac d'un petit chien robuste un gramme d'*acétate de cuivre* cristallisé, dissous dans quatre onces d'eau;

Digitized by Google

on lie aussitôt l'œsophage. L'animal meurt au bout de neuf heures. *Deux jours après*, le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* et le *cœur*, coupés en petits morceaux, sont soumis pendant six heures à l'action de l'eau bouillante ; le *décoctum* filtré et évaporé jusqu'à siccité est carbonisé par l'acide azotique concentré. En faisant bouillir le charbon pendant un quart d'heure avec de l'acide chlorhydrique et quelques gouttes d'acide azotique, on obtient une liqueur brunâtre que l'on évapore à siccité, après l'avoir filtrée ; le produit de l'évaporation dissous dans l'eau aiguisée d'acide sulfurique et filtré, laisse déposer au bout d'une heure sur une lame de fer une quantité notable de *cuivre*.

Les viscères qui avaient bouilli pendant six heures avec de l'eau distillée sont ensuite desséchés, carbonisés par l'acide azotique concentré, et le charbon est soumis au même traitement que le précédent. La liqueur sulfurique obtenue laisse également déposer, au bout de quelques heures, du *cuivre* métallique sur une lame de fer bien décapée.

On épuise alors les deux charbons par l'acide chlorhydrique bouillant, jusqu'à ce que les dissolutions ne fournissent plus de cuivre, on les lave à grande eau, on les dessèche et on les incinère dans un creuset de porcelaine. La cendre, après avoir été chauffée avec de l'eau bouillante pendant dix minutes, est traitée par l'acide chlorhydrique à chaud. Le *solutum* étendu d'eau et soumis à un courant de gaz acide sulfhydrique, donne un précipité noir, qui, étant lavé, desséché et traité à chaud dans une petite capsule de porcelaine par l'acide azotique concentré, fournit *du sulfate de cuivre bleu*.

Exp. XIII. — J'ai introduit dans l'estomac d'un petit chien 2 grammes d'*acétate de cuivre* cristallisé dissous dans 3 onces d'eau ; l'œsophage a été aussitôt lié. L'animal est mort 4 heures après, et *n'a été ouvert qu'au bout de 60 heures.* Le foie et la rate présentaient une coloration olivâtre vers les parties qui avoisinent l'estomac. Les épiploons étaient verdâtres. Les reins offraient la couleur normale. L'estomac et la majeure partie du canal intestinal étaient teints en vert à leur surface externe ; la membrane muqueuse stomacale était tapissée d'une couche d'un gris bleuâtre clair, qui paraissait formée par du mucus combiné avec le sel cuivreux ; en enlevant cette couche avec un scalpel, et en incisant les membranes, on voyait qu'elles étaient le siége d'une vive inflammation ; au reste, il y avait encore dans l'estomac une grande quantité d'acétate de cuivre dissous.

Le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* et le *cœur* réunis de cet animal, après avoir bouilli pendant 6 heures avec de l'eau distillée, ont fourni un *solutum* que l'on a filtré, évaporé jusqu'à siccité, et carbonisé par l'acide azotique concentré. Le charbon, bouilli pendant une heure avec de l'acide chlorhydrique concentré et quelques gouttes d'acide azotique, a donné une liqueur que l'on a filtrée et évaporée jusqu'à siccité ; le produit, traité par l'eau régale bouillante afin de se débarrasser de la matière animale qu'il renfermait, a été desséché de nouveau ; le résultat de cette évaporation, dissous dans de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique, a été filtré et divisé en deux parties, A et B.

La portion A, soumise à un courant de gaz acide sulfhydrique, a laissé précipiter du *sulfure de cuivre noir* altéré par de la matière organique ; ce précipité, desséché et chauffé avec de l'acide azotique concentré, a donné du sulfate de cuivre. La portion B, mise en contact avec une lame de fer, a recouvert celle-ci de cuivre au bout d'une demi-heure.

Les viscères précités, déjà épuisés par l'eau bouillante, ont été desséchés et carbonisés par l'acide azotique ; le charbon, traité comme celui qu'avait fourni le *décoctum*, a donné du cuivre, soit par l'acide sulfhydrique, soit par une lame de fer.

L'*urine* contenue dans la vessie (environ deux gros), évaporée, carbonisée par l'acide nitrique et soumise à toutes les opérations qui viennent d'être décrites, n'a fourni aucune trace de cuivre.

Exp. XIV. — J'ai fait avaler à un petit chien *cinq grammes d'acétate de cuivre* cristallisé dissous dans 150 grammes d'eau ; l'œsophage a été aussitôt lié. L'animal est mort au bout d'une heure, et a été ouvert *à l'instant même.* 5 minutes après, j'ai fait bouillir dans trois capsules distinctes, avec de l'eau distillée pendant 6 heures, 1° le sang que j'avais pu extraire du cœur et des gros vaisseaux (environ 140 grammes) ; 2° les poumons et le cœur ; 3° le foie, la rate et les reins. Il est important de noter que l'estomac, les intestins, le foie et la rate n'étaient aucunement colorés en vert à l'extérieur, quoique l'estomac fût rempli par la dissolution cuivreuse. L'acétate ne paraissait donc pas avoir transsudé, en quantité sensible du moins, à travers les parois de ce viscère.

Sang. Décoctum aqueux. Après avoir filtré ce liquide, je l'ai desséché et carbonisé par l'acide azotique concentré. Le charbon, traité par l'acide chlorhydrique bouillant et quelques gouttes d'acide azotique, et par les divers moyens indiqués plus haut, n'a point donné de cuivre.

Le *caillot* desséché, carbonisé par l'acide azotique, etc., a fourni un peu de sulfure de cuivre, par le gaz acide sulfhydrique.

Poumons et cœur. Décoctum aqueux filtré après 6 heures d'ébullition. Evaporé, desséché et carbonisé par l'acide azotique, il a donné les mêmes résultats que le caillot de sang. Ces viscères épuisés

Digitized by Google

par l'eau, desséchés et carbonisés par le même procédé, ont également fourni du cuivre.

Foie, rate, reins. Le *décoctum* aqueux obtenu en faisant bouillir ces organes pendant 6 heures avec de l'eau distillée, après avoir été évaporé, desséché, carbonisé par l'acide azotique, etc., a donné une *quantité notable de cuivre*, soit par l'acide sulfhydrique, soit à l'aide d'une lame de fer; celle-ci en effet était rouge au bout d'un quart d'heure. Les mêmes viscères épuisés par l'eau bouillante, ont été desséchés, carbonisés, etc., et l'on en a retiré du cuivre, soit par la lame de fer, soit par l'acide sulfhydrique.

Exp. XV. — Un chien robuste et de forte taille, empoisonné par 5 grammes d'acétate de cuivre, dissous dans 300 grammes d'eau distillée, n'est mort qu'au bout de 3 heures 3/4. L'œsophage avait été lié. On a ouvert le cadavre sur-le-champ, de manière à ne pas intéresser le canal digestif, et après avoir coupé le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* et le *cœur* en petits fragments, on les a fait bouillir pendant 6 heures avec de l'eau distillée. La dissolution filtrée a été mélangée avec 60 grammes de nitre cristallisé, ne contenant point de cuivre et évaporée jusqu'à siccité. Le produit a été brûlé par petites parties dans un creuset de porcelaine essayé, rougi au feu et qui n'avait jamais servi; j'ai obtenu un résidu verdâtre que j'ai traité par l'eau bouillante afin de dissoudre l'azotate de potasse en excès ainsi que l'hypo-azotite, le carbonate et le silicate de potasse qui s'étaient formés. Il est resté au fond du verre un léger précipité d'un blanc grisâtre que j'ai traité de nouveau par l'eau bouillante, après avoir décanté la liqueur; il s'est déposé alors un précipité moins abondant encore que le précédent, au fond duquel on apercevait à l'œil nu des particules brunâtres consistant en un mélange de bioxide de cuivre et de la matière du creuset; en chauffant ces particules avec trois ou quatre gouttes d'acide azotique concentré, on dissolvait le bioxide de cuivre et il se produisait de l'*azotate de cuivre* facilement reconnaissable. Quant aux dissolutions aqueuses (eaux de lavage), elles ne contenaient pas un atome de cuivre.

Exp. XVI. — J'ai introduit dans l'estomac d'un petit chien 2 grammes d'acétate de cuivre cristallisé, dissous dans quatre onces d'eau, et j'ai aussitôt lié l'œsophage. Six heures après, l'animal était expirant. Je l'ai ouvert pour sommettre *à l'instant même* à l'action de l'eau bouillante le foie, la rate, les reins, le cœur et les poumons coupés en petits fragments. Après *vingt minutes* d'ébullition, la liqueur a été filtrée et partagée en deux parties égales, dont l'une a été traitée par le nitre, comme dans l'expérience précédente, et l'autre par la carbonisation à l'aide de l'acide azotique concentré, etc.; dans l'un et l'autre cas j'ai obtenu du cuivre métallique en assez grande quantité pour que les lames de fer en fussent promptement recouvertes. Les viscères restés sur le filtre ont bouilli de nouveau *six heures* avec de l'eau distillée; le *décoctum* filtré et partagé en deux parties égales a fourni aussi du cuivre, mais en moindre proportion, soit par le nitrate de potasse, soit par la carbonisation, le gaz acide sulfhydrique, etc.

Exp. XVII. — J'ai répété l'expérience précédente, si ce n'est qu'après avoir pendu le chien six heures après l'introduction du poison dans l'estomac, j'ai attendu le surlendemain pour en faire l'ouverture. Le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* et le *cœur*, coupés par petits fragments, ont été laissés pendant 36 heures dans *l'eau distillée froide*; la liqueur filtrée a été mélangée avec du nitrate de potasse et évaporée jusqu'à siccité; le produit brûlé par petites parties dans un creuset de porcelaine essayé et qui n'avait point servi, a donné des cendres, qui étant épuisées par l'eau, ont laissé un précipité dont j'ai retiré du *cuivre* en quantité assez *notable*, à l'aide de l'acide chlorhydrique bouillant, de l'ammoniaque et une lame de fer.

Exp. XVIII. — On applique sur le tissu cellulaire sous-cutané de la partie supérieure du cou *huit grammes* d'acétate de cuivre cristallisé, finement pulvérisé; on réunit la plaie à l'aide de la suture. L'animal succombe au bout de 5 jours, après avoir essayé de manger à plusieurs reprises. On remarque à l'ouverture du cadavre, faite *le surlendemain, quarante-huit heures après la mort*, que le tissu cellulaire sous cutané du col est verdâtre, que cette coloration s'étend ne peu aux muscles superficiels, sans les pénétrer; les parties touchées par le sel sont à peine enflammées. Les portions verdies du col et de la poitrine se colorent en brun-marron dès qu'on les met en contact avec le cyanure jaune de potassium et de fer.

On fait bouilirl pendant 6 heures avec de l'eau distillée, dans une grande capsule de porcelaine, le *foie*, la *rate*, le *canal digestif*, les *reins*, le *cœur* et les *poumons* de cet animal. Le *décoctum* concentré par l'évaporation est limpide et de couleur jaunâtre après avoir été filtré : on le dessèche et on le carbonise par l'acide azotique concentré : le charbon, traité par l'acide chlorhydrique et quelques gouttes d'acide azotique, puis par l'eau comme les précédents, fournit un *solutum cuivreux*, puisqu'il suffit d'une heure pour qu'une lame de fer que l'on y plonge soit recouverte de cuivre.

Les viscères épuisés par l'eau, desséchés et carbonisés par l'acide azotique, laissent un charbon qui, étant traité comme il vient d'être dit, donne une liqueur d'où la lame de fer sépare promptement le cuivre.

Exp. XIX. — Un chien faible et de petite taille

Digitized by Google

est empoisonné par *huit grammes* d'acétate de cuivre finement pulvérisé, appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané de la partie interne de la cuisse. L'animal, dont le museau avait constamment été renfermé dans une muselière en fer blanc, succombe au bout de 30 heures. *Deux jours après*, on soumet les viscères aux opérations indiquées dans l'expérience précédente, et l'on ne découvre que des traces de cuivre tellement faibles, soit dans la décoction aqueuse, soit dans les organes épuisés par l'eau, qu'il paraît impossible d'affirmer qu'ils en contiennent réellement. Alors on réunit toutes les liqueurs acides, on les évapore jusqu'à siccité, et on traite le produit par une petite quantité d'eau légèrement aiguisée d'acide sulfurique; le *solutum* concentré, pesant à peu près 5 grammes, *fournit du cuivre* au bout de 12 heures, lorsqu'on y plonge une lame de fer parfaitement décapée.

Exp. XX. — J'ai appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané de la partie interne de la cuisse d'un gros chien, huit grammes d'acétate de cuivre cristallisé réduit en poudre fine; les bords de la plaie ont été réunis par quelques points de suture, et pour éviter que l'animal ne léchât ultérieurement la cuisse, j'ai entouré le museau d'une muselière métallique criblée de trous par lesquels l'air pénétrait facilement dans les poumons. Le surlendemain, le chien qui n'avait rien avalé depuis trois jours, avait une soif ardente et a bu un litre d'eau environ sans vouloir prendre d'aliments solides. Six heures après il a mangé du pain; déjà la plaie était à nu et les bords étaient suffisamment écartés. Le troisième jour il mangeait avec appétit et buvait beaucoup moins; il ne paraissait pas trop affaibli et la démarche eût été libre et régulière, sans la blessure grave de la cuisse. Il a été pendu 78 heures après le commencement de l'expérience et *ouvert aussitôt*. Le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles superficiels du membre opéré étaient *verts;* mais on ne remarquait *aucune teinte de ce genre* sur le canal digestif, sur les autres organes abdominaux et à plus forte raison sur le cœur et les poumons. A l'instant même j'ai retiré avec les plus grandes précautions 150 grammes de sang du cœur et des gros vaisseaux, le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* et le *cœur* ont également été extraits avec soin et de manière à ne pas avoir le moindre contact avec le sel cuivreux qui était répandu sur la cuisse.

Sang. J'ai fait bouillir pendant six heures avec de l'eau distillée, la totalité de ce fluide. Le *décoctum* évaporé et desséché a été carbonisé par l'acide azotique concentré. Le charbon a bouilli pendant une heure avec de l'acide chlorhydrique concentré et quelques gouttes d'acide azotique; la liqueur filtrée a été décolorée par une suffisante quantité d'eau régale bouillante et évaporée jusqu'à siccité; le produit presque incolore a été dissous dans l'eau acidulée par quelques gouttes d'acide chlorhydrique et filtrée; une partie de cette liqueur mise en contact avec une lame de fer parfaitement décapée *n'a point donné de cuivre;* l'autre portion, soumise à un courant de gaz acide sulfhydrique lavé, s'est légèrement troublée et a déposé au bout de trois jours seulement un léger précipité jaune-clair qui *ne contenait qu'une très-minime quantité de sulfure de cuivre.*

Le caillot qui avait bouilli pendant 6 heures avec de l'eau, a été desséché, carbonisé par l'acide azotique et traité comme il vient d'être dit; la lame de fer n'y a point décelé le cuivre; mais par l'acide sulfhydrique, j'ai obtenu de très-légères traces de *sulfure de cuivre.*

Viscères. Le *foie*, la *rate*, les *reins*, le *cœur* et les *poumons* coupés par petits morceaux, ont bouilli pendant six heures avec de l'eau distillée. Le *décoctum* évaporé, carbonisé et soumis aux mêmes opérations que le *décoctum* aqueux du sang a donné, soit par la lame de fer, soit par l'acide sulfhydrique gazeux, une *quantité notable de cuivre.*

Ces mêmes viscères, après avoir bouilli dans l'eau, ont été desséchés, carbonisés par l'acide azotique et traités comme il vient d'être dit; on a encore *retiré du cuivre métallique*, soit à l'aide de la lame de fer, soit par le gaz acide sulfhydrique. Il est inutile de répéter que le sulfure de cuivre a été transformé en sulfate, facile à reconnaître, à l'aide de l'acide azotique concentré.

(*La fin au prochain numéro.*)

Ibidem.

Plusieurs cas de variole modifiée chez des enfants vaccinés. — Revaccinations sur 128 individus de l'Institut des sourds-muets; résultats; par P. Menière.

Le 1er septembre 1839, l'élève *Voye* se présente à l'infirmerie. Il a éprouvé, le jour précédent, de la céphalalgie, des vomissements, une forte douleur dans la région lombaire, beaucoup de fièvre, anorexie. Tous ces symptômes persistent, le visage est rouge, gonflé, la peau moite, soif vive. Les bras ne portent pas de cicatrices de vaccine, et il dit qu'il a eu la variole dans son enfance, mais sa peau n'en offre aucune trace.

Le 3, de nombreuses pustules apparaissent sur le visage, l'éruption occupe successivement les bras,

Digitized by Google

la poitrine, les jambes; presque confluentes sur la face, elles sont isolées partout ailleurs. Les symptômes généraux diminuent de violence, la suppuration se montre le 11 et le 12, un peu de fièvre reparaît alors, la desquamation arrive le 20, et le malade sort de l'infirmerie le 25 septembre. Il a conservé des traces de son éruption pendant plus de deux mois.

Le 20, l'élève *L'Apprêté* entre à l'infirmerie avec tous le prodrômes d'une fièvre éruptive. Il a sur les deux bras de belles cicatrices de vaccine. Les pustules varioliques se montrent le 23, peu abondantes, discrètes, mais peu volumineuses, bien ombiliquées. Le 27, les plus grosses offrent de la suppuration au sommet, des croûtes s'y forment le 29, et le 4 octobre la desquamation est presque complète. Il n'y a pas eu de gonflement du visage ni de fièvre secondaire.

Du 25 septembre au 10 octobre, les élèves *Boisdon*, *Belles*, *Neuveglise*, *Duthreil*, *Mezard*, *Delhommo*, *Devienne* et *Dumoutier*, et *M. Riblet*, maître d'études, ont offert successivement la plupart des symptômes précédents. Toutes ces personnes ont été vaccinées et leurs bras en offrent la preuve irrécusable. Toutes ont eu des prodrômes qui ont duré depuis deux jusqu'à cinq jours; l'éruption a toujours présenté les véritables caractères des pustules varioliques, mais il y a eu des variations très-considérables dans leur durée totale et dans la durée de chacune de leurs phases. Ainsi, la suppuration a commencé à se manifester plusieurs fois, et notamment chez les élèves *Boisdon* et *Duthreil*, dès le troisième jour de l'éruption; elle est venue le quatrième jour chez les élèves *Belles*, *Neuveglise* et *Delhomme*, le cinquième jour chez *Devienne* et *Dumoutier*. Ces deux derniers malades ont eu de la fièvre secondaire et un léger gonflement en masse du visage et des mains. Chez tous, la formation des croûtes s'est faite promptement et la desquamation plus promptement encore, de sorte que souvent, au quinzième jour de la maladie, il ne restait plus que quelques taches rouges, saillantes et à la suite desquelles il ne s'est pas formé de cicatrices.

Cette variole modifiée ou varioloïde comme on l'a appelée, développée (chez dix individus bien vaccinés) dans l'espace de vingt jours, et probablement par suite de contagion directe, n'a offert aucune gravité, si ce n'est peut-être chez l'élève *L'Apprêté*, qui avait une éruption un peu confluente à la face. Tous nos malades, vaccinés dans les premiers mois de leur vie, avaient plus de onze ans et l'un d'eux en avait vingt-cinq.

Le traitement a été fort simple et la guérison fort rapide. Un des élèves a eu un phlegmon à la paupière supérieure, un autre une angine légère; la fièvre a toujours promptement disparu.

L'apparition de la variole dans notre maison me détermina promptement à tenter des revaccinations sur la plupart des élèves. En conséquence, le 28 octobre, le 5 et le 12 novembre, je vaccinai cent vingt-quatre élèves des deux sexes et quatre adultes, employés de l'institution. De ces cent vingt-huit personnes, soixante appartiennent au sexe masculin et soixante-huit au sexe féminin.

L'opération fut faite de bras à bras, le fluide vaccin était abondant, et le nombre des piqûres faites sur chaque bras variait de deux à six.

Les cent vingt-huit individus vaccinés se trouvaient dans les conditions suivantes :

Vingt-cinq n'offrent aucune trace de vaccine sur les deux bras, et ne présentent au visage ni ailleurs la moindre cicatrice qu'on puisse attribuer à la variole. En compulsant les bulletins de chacun d'eux, j'en trouve dix qui ont été vaccinés sans succès dans leur enfance, et quinze qui ont eu, dit-on, une légère variole aux premiers temps de la vie.

Sur ces vingt-cinq individus, vaccinés par moi, il en est dix-huit chez lesquels il n'est survenu aucun développement vésiculeux ou pustuleux quelconque. Chez quatre autres, j'ai constaté une fausse vaccine; enfin les trois autres ont offert des pustules, qui par leur développement, leur forme, leur aspect, leur durée et leur mode de dessiccation, doivent être considérées comme un vrai vaccin.

Sept individus ont présenté des cicatrices de variole évidente sur le visage, le tronc et les membres. La vaccine s'est très-régulièrement développée sur deux jeunes filles; les cinq garçons n'ont rien éprouvé de semblable, et l'opération a complétement échoué sur eux.

Chez les quatre-vingt-seize personnes restantes, douze ne présentaient qu'une seule cicatrice de vaccine sur un des bras, vingt-sept autres avaient deux cicatrices, une sur chaque bras; les cinquante-sept autres en offraient un plus grand nombre, de trois à six, toutes arrondies, d'un blanc mat, gaufrées, pointillées, en un mot, semblables en tout à la description typique donnée par M. Husson, et reproduite dans les traités classiques sur les maladies de la peau. La vaccination pratiquée avec beaucoup de soin sur ces quatre-vingt-seize personnes m'a donné les résultats suivants : dix ont offert de véritables pustules de vaccine régulière; seize ont eu un faux vaccin, et chez les soixante-dix autres, il n'est survenu aucune éruption appréciable.

Il résulte de tous ces chiffres que, sur cent vingt-huit personnes bien vaccinées par moi, quatre-vingt-treize n'ont offert aucun développement de pustules quelconques, vingt ont présenté des pustules de faux vaccin, et quinze seulement ont eu un véritable vaccin. On voit par là que le succès de l'opération se trouve à peu près dans la proportion *d'un huitième* sur l'ensemble, qu'il est aussi *d'un hui-*

Digitized by Google

tième sur les individus qui n'ont pas eu la variole et n'ont pas été vaccinés précédemment, *d'un tiers* sur ceux qui ont eu la variole dans leur enfance, et *d'un dixième* environ chez ceux qui ont été bien vaccinés.

Je vais essayer d'indiquer les circonstances principales qui ont pu avoir quelque influence sur les résultats consignés plus haut.

Sur les quinze cas de vraie vaccine, six appartiennent aux soixante-huit demoiselles et neuf aux soixante garçons.

La plupart des élèves de l'Institut royal des sourds-muets ont de dix à dix-huit ans, et parmi les quinze élèves vaccinés avec succès, dix avaient moins de treize ans, les cinq autres se rapprochaient davantage de l'adolescence; douze d'entre eux étaient tout à fait impubères, les trois autres offraient des signes certains de virilité. Les six jeunes filles étaient encore bien loin de l'époque de la puberté.

Les dix élèves qui ont été vaccinés avec succès par moi l'avaient été généralement dans la première année de leur vie, un seul le fut seulement à l'âge de six ans, et il en a aujourd'hui quatorze.

Les deux jeunes filles vaccinées avec succès, après avoir eu une variole qui a laissé des traces nombreuses et évidentes, avaient eu cette maladie, l'une cinq ans, l'autre sept ans avant la vaccination.

Parmi les élèves qui avaient déjà été vaccinés et chez lesquels la revaccination a réussi, deux sont âgés de douze ans, le troisième en a quatorze. Tous les trois ont été vaccinés la première fois alors qu'ils étaient encore à la mamelle.

D'où l'on peut conclure que le pouvoir préservateur de la variole ne dépasse pas celui de la vaccine, puisque dans des circonstances sensiblement analogues, les individus variolés ou vaccinés ont été soumis à la même influence contagieuse et en ont éprouvé les mêmes résultats.

Ceux qui n'avaient eu ni vaccine, ni variole, ou du moins qui n'en offraient aucune trace, n'ont pas été plus sensibles que les autres à l'impression du virus vaccin, puisque l'opération a réussi sur un huitième seulement, tandis que le succès a été dans la proportion d'un tiers chez ceux qui avaient eu la variole dans leur enfance. Si l'on considère que le vaccin a réussi une fois sur dix chez ceux qui avaient été déjà vaccinés, on serait en droit d'en conclure que cette première vaccination a mieux protégé les individus que la variole elle-même, mais je suis loin d'admettre ces résultats comme une règle invariable. Ces chiffres sont trop faibles pour servir de base à des allégations; aussi mon intention, en les consignant ici, n'est-elle que de fournir des matériaux aux médecins qui voudront étudier cette grande question. En réunissant un grand nombre d'observations comme les miennes, on arrivera à des conclusions d'un haut intérêt, puisqu'elles peuvent avoir une influence directe sur la santé publique.

P. S. Les pustules de vrai vaccin développées sur les élèves de l'institution ont été examinées avec soin par plusieurs médecins. J'ai choisi deux enfants de dix et de onze ans, qui présentaient à la fois sur chaque bras trois belles cicatrices d'un premier vaccin et trois pustules du vaccin nouveau, et au huitième jour de leur développement, alors que la présence du fluide vaccin se manifestait à leur sommet par des signes non équivoques, j'ai ouvert les pustules et je me suis servi de ce fluide pour l'inoculer sur le bras de trois petits enfants ayant de six à dix-huit mois et n'ayant eu ni vaccin ni variole. Chez deux de ces petits enfants l'opération a parfaitement réussi et ces nouvelles pustules ont servi plus tard à en vacciner d'autres.

JOURN DES CONN. MÉDIC.-CHIR.—Septembre 1840.

Influence des manufactures où l'on travaille la laine sur la santé, par M. THOMSON.

On est frappé, dit l'auteur, lorsqu'on entre dans une manufacture à laine, de la bonne mine et de l'apparence robuste des enfants qui y sont employés. Ce fait, ajoute-t-il, est tellement connu que des parents fort aisés envoient souvent leurs enfants faibles et malingres travailler dans ces manufactures où en quelques semaines ils éprouvent une amélioration notable. Cette heureuse influence est attribuée par le peuple lui-même à l'imprégnation du corps par les huiles qu'on emploie tous les jours dans ces manufactures. Ce qui milite d'une autre part en faveur de cette opinion populaire, c'est l'aspect pâle et maladif des enfants employés dans les manufactures à coton. Et cependant la durée du travail est la même dans les deux cas.

L'auteur attribue aussi à la même cause la bonne santé de ces enfants, qui sont pour ainsi dire plongés dans l'huile. Il appuie son opinion de celle des anciens sur l'utilité des onctions grasses et huileuses, et il cherche enfin à la rendre plus imposante par le témoignage suivant du chancelier Bacon : *Antè omnia igitur usum olei vel olivarum, vel amygdali dulcis ad cutem et extrà unguendum ad longevitatem conducere existimamus.*

Mais, en revanche, l'auteur dit n'avoir jamais vu la gale aussi répandue que parmi ces ouvriers.

IBIDEM.

Digitized by Google

Cas de dilatation extraordinaire de l'œsophage; par M. Delle-Chiaje.

Une dame de haute condition, mère de quatre enfants, jouissant habituellement d'une excellente santé, est saisie en avril 1823, de fièvre dite gastrique, qui se dissipe vers le quatorzième jour. Dès cette époque, la malade commence à éprouver de la difficulté dans l'acte de la déglutition, et de la dyspnée avec un léger serrement vers le cœur. Cet état persiste pendant un an sans empirer; alors il se complique de vomissements toutes les fois que la malade veut prendre des aliments : ceux-ci ne passent dans l'estomac qu'en petite quantité; leur passage détermine des efforts convulsifs et de l'anxiété jusqu'au moment où la malade les avait rendus par le vomissement; ces efforts harrassaient horriblement la malade.

Le 14 juillet 1831, un morceau de viande rôtie s'arrête vers le milieu de l'œsophage; convulsions, efforts pour vomir; la malade a manqué de succomber; enfin elle l'a rendu par le vomissement.

La boisson de café était quelquefois vomie quatre à cinq jours après avoir été ingérée, sans présenter aucune altération ni dans la couleur, ni dans l'odeur, ni dans la saveur.

Maigreur progressive, fièvre. On diagnostique une induration au cardia. Une infinité de remèdes ont été essayés inutilement. Les seuls moyens qui l'ont un peu soulagée sont le régime lacté et les bains généraux.

Mort le 9 novembre 1834.

Autopsie. OEsophage hypertrophié; ses fibres musculaires sont très-développées. La muqueuse œsophagienne est rosée, mais non rugueuse, couverte d'un épiderme très-épais. La membrane musculeuse est aussi épaisse que celle du bœuf, du cheval ou de l'âne. Cette structure se continue dans tout le canal. Vers le milieu de l'œsophage, le canal se dilate comme un estomac, et sa membrane musculeuse ressemble ici à une couche des muscles abdominaux. Sur quelques points les trousseaux musculeux imitent ceux du cœur ou de la vessie urinaire hypertrophiée; on y voit des colonnes charnues avec leurs terminaisons tendineuses.

La terminaison inférieure du canal œsophagien n'offrait rien d'extraordinaire. La dilatation offrait un diamètre égal à huit fois le diamètre naturel du reste du canal.

L'auteur compare cet œsophage à celui des volatiles. Il attribue la dysphagie que la malade éprouvait, à une contraction spasmodique des fibres musculaires.

(*Il Progresso*, *Naples*, avril 1840.)

— il s'agissait, comme on le voit, dans ce fait, d'une hypertrophie et non d'un rétrécissement de l'œsophage. Ce qu'il y a de plus remarquable sous le rapport anatomique, c'est la dilatation que cet organe présentait, et qu'on peut regarder peut-être comme congénitale. Il existe, en effet, d'après les recherches de M. Delle Chiaje, des exemples de dilatations pareilles rencontrées sur des enfants nouveau-nés. Cette condition n'était peut-être pas par elle-même une source d'accidents; mais jointe à l'hypertrophie de tout le canal, il devait en résulter ce que nous observons dans la vessie urinaire à colonnes et à concamérations. N'y a-t-il pas effectivement analogie entre les phénomènes des contractions incessantes de chacun de ces viscères?

Gazette des hôpitaux.—Septembre 1840.

Vice de conformation de l'œsophage.

Le 21 février, la femme D. accoucha d'un enfant mâle bien conformé, mais de petite taille : ses cris étaient forts comme ceux des nouveau-nés. La nourrice ne tarda pas à s'apercevoir qu'il rejetait aussitôt tout ce qu'il avalait. On essaya des lavements et de quelques laxatifs; mais sans succès. L'enfant paraissait avoir très-faim : il prenait avec ardeur le sein. En étudiant le mouvement de déglutition, on s'apercevait qu'il y avait aussitôt régurgitation des matières alimentaires par les narines. Il y avait donc un obstacle mécanique au passage des matières alimentaires. L'enfant mourut quatre jours après sa naissance, et à l'autopsie on trouva que le pharynx se terminait en cul-de-sac, et que, partant de l'ouverture cardiaque de l'estomac, l'œsophage suivait son trajet normal dans l'étendue d'un pouce et demi, puis se terminait aussi en cul-de-sac. Dans l'intervalle qui séparait l'œsophage du pharynx, il n'y avait rien qui ressemblât à un conduit oblitéré ou à un vestige d'œsophage. Les muscles élévateurs du pharynx et du larynx étaient normaux, et la structure musculeuse du pharynx et de la portion existante de l'œsophage était évidente. L'estomac et les intestins étaient dans leur état naturel, seulement très-contractés.

Revue médicale. — Août 1840.

—

Digitized by Google

Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert dans l'artère pulmonaire; par J. Reid.

Un individu, âgé de cinquante-huit ans, affecté depuis quelques mois de symptômes d'une légère bronchite et d'un peu de malaise à la région précordiale fut pris tout à coup de dypsnée intense, avec perte de connaissance : mort quatre minutes après l'apparition des accidents. A l'examen du corps on trouva le cœur et ses valvules parfaitement sains. L'aorte ascendante dans la partie située entre les sinus de Vasalva et l'origine de l'artère innominée était dilatée et formait une poche capable de contenir le poing. La dilatation faisait surtout saillie à gauche, et là les parois de la tumeur étaient inégalement épaissies et contenaient des plaques jaunes très-nombreuses. La partie gauche de la tumeur anévrysmale adhérait fortement au tronc de l'artère pulmonaire ; une fissure à bords déchirés irrégulièrement, d'un pouce et demi de longueur, établissait une communication entre les deux vaisseaux. La poche ne contenait que quelques petits caillots fibrineux. Les poumons étaient fort gorgés de sang et de sérosité.

Ibidem.

Anévrysme de l'aorte abdominale ouvert dans la veine cave ascendante ; par J. Reid.

Je fus prié par M. Ellis Woodhead et par le docteur Simpson d'assister à l'ouverture d'un homme de cinquante-deux ans, mort assez rapidement, et dont l'autopsie promettait d'être intéressante. Cet homme se plaignait depuis deux ans d'une vive douleur dans le dos, s'irradiant en travers de la région lombaire. Pendant qu'il se livrait à ses occupations, il se sentit tout à coup indisposé, et envoya chercher le médecin. Celui-ci le trouve en proie à de violents vomissements, avec prostration très-grande. La main appliquée à l'ombilic sentait des battements très-forts de l'aorte abdominale. La mort survint à deux heures du matin.

On trouva à la partie inférieure de l'aorte abdominale un anévrysme du volume d'une orange. Pendant qu'il était en place, on fit une incision à sa partie antérieure; puis on incisa la veine cave supérieure au niveau de la partie supérieure de la tumeur anévrysmale. Un doigt fut introduit dans chacune des deux ouvertures. Ils ne tardèrent pas à se rencontrer et à faire reconnaître qu'une ouverture de communication existait entre les deux vaisseaux. L'anévrysme adhérait solidement à la face antérieure des troisième et quatrième vertèbres lombaires auxquelles il correspondait. De la partie inférieure du sac naissaient les deux artères iliaques primitives. La paroi postérieure de l'anévrysme avait été absorbée au niveau des vertèbres, elle était remplacée par plusieurs couches très-solides de fibrine coagulée. Le corps de la quatrième et la partie inférieure de la troisième vertèbre lombaire étaient détruites : le disque inter-vertébral avait seul résisté à la pression du sac et conservait son aspect normal. L'ouverture de communication entre la veine et l'anévrysme existait à peu près au centre de la paroi droite de la tumeur : elle était irrégulière, directe et assez large pour laisser passer le petit doigt. Au point de communication, le calibre de la veine était un peu dilaté. Le cœur et les autres viscères thoraciques étaient sains.

Ibidem.

Des anévrysmes variqueux spontanés de l'aorte ascendante et des sinus de Valsalva; par Thurnam.

Dans la séance du 12 mai de la société médico-chirurgicale de Londres, M. Thurnam a lu un travail sur ce sujet, jusqu'à présent mal étudié. Il fait observer que si cette partie du système artériel est plus qu'aucune autre le siége de ce genre d'anévrysmes, c'est dans ses nombreux et importants rapports avec les gros troncs veineux qu'il faut en chercher la raison. Il en rapporte onze observations et présente les pièces de six autres cas. Deux fois la communication était établie entre l'aorte descendante et la veine cave inférieure, une fois entre le tronc innominé et la veine cave supérieure ; tous les autres occupaient l'aorte ascendante, à l'exception d'un seul situé à la crosse de ce vaisseau, et communiquaient l'un avec la veine cave supérieure, deux avec l'oreillette droite, un avec le ventricule droit, et dix avec l'artère pulmonaire.

L'auteur établit, d'après l'analyse des faits, que la communication entre les deux vaisseaux peut s'établir de deux manières; soit subitement et par rupture, à la suite d'un effort fait par la malade, soit d'une manière lente et graduelle par ramollissement ou par absorption des parois du sac. Les symptômes qui appartiennent au premier mode de communication sont tout à fait semblables à ceux des ruptures du cœur. Quant aux autres, les symptômes les plus importants sont la lividité de la peau, ou un état variqueux des veines, une anasarque considé-

Digitized by Google

rable et rapidement développée, tous symptômes bornés aux parties du corps situées au-dessous de l'orifice variqueux ou à la partie du système veineux placée en arrière de cet orifice. Quand la communication s'établit entre l'aorte descendante et la veine cave inférieure, les jambes, le scrotum et la partie inférieure du corps sont le siége de l'hydropisie. Si elle a lieu entre l'aorte ascendante et la veine cave supérieure, les bras, la face et la moitié supérieure du corps sont œdématiés; enfin, quand l'aorte ascendante vient à s'ouvrir dans l'une des cavités droites du cœur ou dans l'artère pulmonaire, l'anasarque est générale. La dyspnée est en général intense et souvent accompagnée de toux et d'expectoration sanguinolente. Le pouls est très-vibrant : il y a souvent de l'émaciation, de la débilité, abaissement de la chaleur du corps, et troubles cérébraux, tels que délire ou coma. Les signes physiques qui appartiennent à ce genre de lésion sont : un bruit de scie ou un souffle superficiel, rude et très-intense accompagné d'un frémissement cataire aussi très-marqué, correspondant à l'orifice variqueux et se prolongeant dans la direction que suit le cours du sang; ce bruit est continu, mais plus intense pendant la systole, moindre pendant la diastole, et nul pendant l'intervalle des deux mouvements du cœur. Les caractères de ce bruit, quant à son intensité et à sa continuité, le feront distinguer des bruits de même espèce que l'on entend dans les cas ordinaires d'anévrysme ou de maladie des valvules du cœur.

IBIDEM.

Absence d'un lobe du cervelet.

Le docteur Greenn rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt ans, sourd et muet de naissance, mort le douzième jour d'une fièvre continue. Il était bien conformé, avait un développement musculaire remarquable, et jouissait de l'intégrité de tous ses mouvements. Les organes génitaux étaient bien développés, et il existait dans les deux aines des cicatrices de bubons. Le lobe gauche du cervelet manquait complétement; le lobe droit et le pédoncule cérébelleux correspondant étaient normaux, mais le pédoncule gauche ne consistait qu'en un petit tubercule tenant à la protubérance. Le pédoncule du cerveau du côté gauche était plus petit que le droit, et la protubérance annulaire, à cause du développement inégal des deux côtés, était irrégulière dans sa forme et placée obliquement : son plus grand diamètre était dirigé d'avant en arrière et à droite. Les origines des nerfs étaient normales. La fosse occipitale droite était remarquablement profonde, et le trou occipital fort oblique, et dirigé vers la droite. Dans les cas signalés jusqu'à présent, on a presque toujours rencontré une paralysie des membres inférieurs.

IBIDEM.

Éruption vaccinale déterminée par l'inoculation du liquide des eaux aux jambes des chevaux; par le docteur STOKES.

On sait que Jenner avait eu la singulière idée de faire remonter l'origine de la vaccine à l'inoculation du liquide qui s'écoule des plaies des chevaux affectés de la maladie connue sous le nom *d'eaux aux jambes*. Suivant lui, ce liquide déterminait rarement l'éruption vaccinale par son inoculation directe. Pour acquérir toute son efficacité, le virus avait besoin d'être inoculé à une vache, puis d'être pris dans les pustules de l'éruption qui en résultait pour déterminer la véritable vaccine. Au reste, les idées de Jenner sur ce sujet sont fort confuses, et les vaccinateurs ont rejeté son opinion. On pense généralement que la lymphe des pustules de la vache est seule apte à déterminer chez l'homme la modification vaccinale, à l'exclusion de tout autre virus. Cependant quelques observateurs ont publié des faits qui semblaient appuyer la manière de voir de Jenner, relativement aux propriétés du liquide fourni par les eaux aux jambes des chevaux. Voici aujourd'hui un observateur distingué qui vient joindre son témoignage à celui de ses prédécesseurs. Voici le fait communiqué par le docteur Stokes à la société de pathologie de Dublin.

Un domestique de bonne constitution et menant une vie très-régulière était employé chaque jour à laver les jambes d'un cheval atteint d'eaux aux jambes. Un jour l'animal fut rétif et renversa un baquet dans lequel on le lavait. Le bord du vase vint blesser le domestique à la lèvre. Il prit l'éponge imbibée du liquide fourni par la jambe malade, et s'en servit pour essuyer sa lèvre. Il fit la même chose le lendemain et encore le jour suivant, en sorte que la matière morbide fut mise trois ou quatre fois en contact avec la plaie. Le sixième jour, cet homme se sentit malade : il se plaignait de céphalalgie, de lassitude et de perte d'appétit. Le même soir une vésicule parut sur la lèvre supérieure, et le lendemain une autre sur la joue, au niveau de l'os malaire; une troisième se développa au-dessous de la paupière inférieure. Le docteur Stokes vit ce malade le neuvième jour. Les vésicules présentaient tous les caractères des

Digitized by Google

pustules vaccinales; l'aréole était bien développée et les pustules si semblables à celles du cowpox qu'il est impossible de reconnaître entre elles la moindre différence. Autour de ces pustules, il s'en trouvait d'autres plus petites et moins régulières. La plaie de la lèvre semblait superficiellement escharifiée : la joue était gonflée; mais les symptômes généraux étaient si légers que le malade allait et venait. Il fut examiné par plusieurs médecins très-versés dans tout ce qui a rapport à la vaccine; tous convinrent que rien ne pouvait ressembler davantage au cowpox. Le docteur Stokes a fait faire plusieurs dessins représentant les pustules à différents jours de l'éruption, et les a présentés à la société.

Il résulte de ce fait, qu'une maladie ayant les plus grands rapports avec la vaccine peut être produite chez l'homme par le liquide provenant des eaux aux jambes du cheval. Les seules différences saisissables entre les deux éruptions, c'est que les boutons nouveaux paraissent contenir un peu plus de matière purulente et sont environnés par une auréole un peu plus livide.

IBIDEM.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

—

SÉANCE DU 18 AOUT. — Présidence de M. HUSSON.

Rapport sur l'hydrothérapie.

M. Roche a la parole pour un rapport sur un mémoire de MM. Engel et Werther, intitulé : *De l'hydrothérapie, ou de l'eau froide appliquée à la cure des maladies.* Ces deux médecins, récemment arrivés d'Allemagne, sont venus pour introduire à Paris la méthode du paysan Priessnitz; mais privés, comme étrangers, du droit d'exercer la médecine, ils ont envoyé au ministre l'exposé de leurs doctrines et de leurs cures merveilleuses; l'Académie a été mise en demeure de se prononcer sur ces dernières, et c'est ce que M. Roche fait aujourd'hui. Après avoir rappelé que l'usage de l'eau dans la thérapeutique remonte aux époques les plus reculées, l'honorable académicien cite les principes qui doivent présider à son emploi, les formes diverses de cet emploi, les cas où son utilité a été reconnue, et le nom des auteurs qui l'ont préconisée, soit dans des traités généraux de pathologie, soit dans des traités spéciaux; il se demande ce que le mémoire de MM. Engel et Werther est venu ajouter à toutes ces connaissances lentement accumulées par les siècles.

Il sera d'autant plus facile de mettre l'Académie au courant des nouveautés que viennent propager parmi nous les deux médecins allemands, que leur doctrine et leur pratique sont de la plus grande simplicité : pour eux, la médecine consiste à régler sagement la force médicatrice innée à l'organisme. Ils n'ont besoin, pour asservir cette force, que d'obéir à une des quatre indications suivantes : 1° diminuer l'activité vitale en excès; 2° l'exciter quand elle existe à un trop faible degré; 3° maintenir l'équilibre des fonctions; 4° débarrasser l'organisme des agents morbifiques. L'eau froide, la chaleur et la diète sont amplement suffisantes pour satisfaire aux exigences de ces indications médicales. Ici se trouve l'exposé des manières dont l'eau froide et la chaleur sont administrées et combinées de mille façons diverses, suivant les diversités des idiosyncrasies. Parmi les raisons qui mettent l'eau au rang des premiers médicaments, se trouvent sa grande abondance et la facilité avec laquelle on s'en procure, sa composition d'oxygène d'abord, et d'hydrogène, qui est le gaz de la combustion, elle-même l'image de la vie, et enfin d'acide carbonique, autre élément des combustions.

Après les doctrines vient la pratique de l'hydrothérapie. On sait que cette merveilleuse panacée est sortie, armée de miracles, de la tête du paysan Priessnitz, qui, au dire de ses disciples, est ignorant des mots mêmes de la langue médicale. Grâce à son heureuse sagacité, il combine, modifie, manie de mille façons diverses et toujours avec le plus extrême bonheur, le moyen à la fois si simple et si puissant dont il vient de doter la médecine ingrate. Que ferions-nous ici, Messieurs, si le don de guérir toutes les maladies naissait ainsi des rêves d'un paysan? Mais les louanges ne font pas les principes. Voici les faits qui ont servi aux médecins allemands pour poser les leurs. Des deux mémoires qui ont été soumis à notre examen, l'un, manuscrit, contient 40 observations de maladies toutes différentes, et que l'emploi de l'eau froide a toujours guéries. Parmi ces observations, il en est très-peu de personnelles aux auteurs des mémoires, et toutes, sans exception, sont privées de détails, à ce point qu'il est impossible de soupçonner à leur lecture les maladies dont elles font l'histoire. M. le rapporteur cite une de ces observations. Certes, les malades qui en font le sujet ont guéri; mais ne serait-ce pas plutôt malgré la méthode que par son secours.

Nous venons de vous en dire assez pour vous montrer quels éléments de succès porte en elle l'hydro-

Digitized by Google

thérapie; elle vient d'Allemagne, elle a son chef, ses partisans, ses établissements et ses succès; mais quelle que soit sa fortune, vous ne pouvez la juger plus favorablement que nous, et vous empêcher de dire que, dans sa nudité scientifique, elle est une erreur déplorable. Nous avons le droit d'être sévères, quand nous voyons la futilité de ses doctrines, et l'espèce d'appui qu'elle a trouvé jusque dans nos journaux de médecine.

Si nous avions à répondre à M. le ministre sur l'opportunité d'accorder à MM. Engel et Werther l'exercice de la médecine en France, nous lui répondrions que le titre sacré de médecin n'est confié parmi nous qu'à certaines conditions dont il n'est permis d'exempter personne, sans danger pour la société. Nous ne sommes point arrêtés par la crainte de priver notre patrie des lumières d'hommes distingués, parce que nous savons que les hommes de cette trempe ne s'exilent pas volontairement du sol natal où ils trouvent une récompense suffisante de leurs travaux. Les cadeaux que l'Allemagne a faits depuis soixante ans à la médecine française ne sont guère de nature à nous engager à l'extension des droits de médecins aux hommes de ce pays; car elle commence par Mesmer et finit par Hahnemann.

Privés que nous sommes de répondre à M. le ministre à cet égard, nous lui dirons :

1° Que l'hydrothérapie est une méthode thérapeutique dangereuse qui ne repose sur aucun fait;

2° Que sa théorie est chimérique;

3° Qu'elle est en désaccord avec toutes nos connaissances physiologiques et pathologiques;

4° Que l'Académie ne peut en aucune façon l'approuver;

5° Que l'usage de l'eau froide est depuis longtemps du domaine de la médecine et soumis à des règles connues.

L'Académie vote l'insertion du rapport dans les bulletins.

GAZETTE MÉD. DE PARIS.—Août 1840.

Jugement rendu par le tribunal de Rouen contre M. JOHNSON, *pharmacien de Paris, inventeur breveté d'un sirop de pointes d'asperges, reconnu remède secret.*

Le sirop d'asperges du sieur Johnson, pharmacien à Paris, rue Caumartin, n° 1, vient d'être signalé ar M. le procureur du roi de Rouen comme remède secret. Pendant l'instruction, le sieur Johnson prétentit que son sirop était composé suivant la formule insérée au codex, et que le mode de préparation seul différait du mode employé communément. Il ajouta que son sirop avait été breveté suivant la spécification qu'il avait soumise au gouvernement.

Le juge d'instruction chargea MM. Girardin, professeur de chimie à l'école municipale de Rouen, et Morin, professeur de chimie à l'école secondaire de médecine, de faire l'analyse du sirop de Johnson. Les conclusions des experts furent : 1° que le sirop de Johnson ne renferme aucun des principes actifs de l'asperge, et qu'il n'a pas la composition que le nom, sous lequel il est vendu, doit faire supposer; 2° qu'il n'a aucune ressemblance avec le sirop de pointes d'asperges du codex; 3° que par conséquent la formule de ce sirop de Johnson ne se trouve pas dans la pharmacopée légale, et que jusqu'à ce qu'il soit prouvé que ce sirop a été autorisé par l'Académie royale de médecine, il doit être considéré comme un remède secret.

Lorsque l'affaire fut portée à l'audience, le sieur Johnson contesta les conclusions du rapport de MM. Girardin et Morin, et demanda une nouvelle expertise dans le but d'établir que son sirop pouvait être considéré comme conforme à celui du Codex, et qu'en tout cas il était composé suivant la spécification de son brevet d'invention.

Le tribunal, sans apprécier les moyens invoqués par le sieur Johnson, ordonna une seconde expertise et en chargea MM. Soubeiran, directeur de la pharmacie centrale des Hôpitaux de Paris, et Gay-Lussac, membre de l'Institut; ce dernier n'ayant pas accepté la mission que le tribunal lui avait confiée, fut remplacé par M. Orfila, doyen de l'école de médecine. Ces nouveaux experts estimèrent : 1° Que le sieur Johnson ne suit pas pour la préparation de son sirop le procédé qu'il a fait connaître, lorsqu'il lui a été délivré un brevet d'invention; 2° que le sirop de Johnson ne ressemble en rien au sirop du codex; 3° *que ce sirop n'a pas été fait avec l'asperge;* la quantité très-minime d'ammoniaque qu'il produit provenant des matières végéto-animales contenues dans le sucre ou de la proportion excessivement petite d'asparagine introduite par la réglisse; 4° que le sirop de Johnson paraît contenir de l'opium.

Le 2 juillet l'affaire fut portée de nouveau à l'audience. Le ministère public établit à l'aide des rapports d'experts, que le sirop de Johnson devait être considéré comme un remède secret, et que le brevet d'invention ne pouvait pas lui enlever ce caractère, puisque la loi du 25 mai 1791, titre 2, article 9, dispose que tout concessionnaire de brevet obtenu pour un objet que les tribunaux auront jugé contraire aux lois du royaume, à la sécurité publique, et aux règlements de police, sera déchu de son droit sans pou-

Digitized by Google

voir prétendre d'indemnité, sauf au ministère public à prendre, suivant l'importance du cas, telles conclusions qu'il appartiendra.

Le sieur Johnson ne se présenta pas pour répondre à ces conclusions; et le tribunal l'a condamné à 25 fr. d'amende et aux dépens qui sont considérables, comme ayant vendu et annoncé un remède secret.

JOURNAL DE PHARMACIE. — Septembre 1840.

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

NÉCROSE DE TOUTE LA PORTION DURE DE L'HUMÉRUS GAUCHE ; EXTRACTION D'UN SÉQUESTRE DE CINQ POUCES ENVIRON ; GUÉRISON ;

Par V. DELHAYE, médecin à Montignies-sur-Roc, membre correspondant des Sociétés de médecine d'Anvers, Bruges, Gand, etc.

Cette observation a paru succinctement dans un des cahiers des institutions médicales (octob. 1832, médecine et chirurgie pratiques). Nous avons cru, en la transcrivant, devoir nous livrer à des réflexions plus circonstanciées que nous n'avons pu le faire alors.

Lors de la publication de l'observation de cette lésion humérale, qui était un cas d'amputation, nous avions sur son traitement les mêmes opinions que vient d'émettre sur les résections des membres thoraciques une célébrité contemporaine. De même que M. Baudens, nous pensions que l'art du médecin ne consiste pas à faire des amputations, mais plutôt à les éviter autant *que faire se peut*, et bien que ces opérations soient plus faciles et plus brillantes que la conservation d'un bras difforme ; que le chirurgien habile puisse enlever une extrémité en quelques instants, aux grands applaudissements des spectateurs, toujours avides de ces coups d'éclat : cependant l'homme de l'art, qui veut se rendre digne de la haute mission qu'il est appelé à remplir, repoussera tout sentiment étranger à l'intérêt de son patient, et ne se laissera jamais entraîner à cette vaniteuse ambition, quand il n'y aura point nécessité absolue d'amputer ; enfin nous dirons pour conclure : qu'aux extrémités supérieures, leur conservation doit toujours être tentée, quand même elles ne pourraient remplir qu'imparfaitement leurs fonctions.

Jonasse, de Wieries, vingt ans, tempérament sanguin, taille au-dessus de la moyenne, bien proportionné, cheveux et yeux noirs, n'ayant jamais été malade, issu de parents sains, reçut, en travaillant dans une houillière, sur la partie moyenne antérieure et externe du bras gauche un bloc de charbon, tombé d'une élévation de plusieurs toises. Aussitôt le membre est frappé de stupeur ; une large sugillation y apparaît. Le lendemain, le blessé reçoit les secours des médecins de l'établissement. Quelques sangsues sont apposées sur les parties contuses conjointement avec des cataplasmes émollients. L'inflammation est intense ; elle est suivie en peu de jours d'un vaste abcès, qui est ouvert étroitement à sa partie la plus élevée. Continuation des cataplasmes, sans amendement aucun ; ils sont remplacés, au bout de quelques mois, par la pommade iodurée. Au troisième mois de l'accident, le bras est d'un tiers plus volumineux que dans son état naturel ; l'os huméral est très gonflé ; dès lors, on regarde le mal comme incurable ; Jonasse est abandonné à son malheureux sort.

C'est à la fin du quatrième mois que je suis appelé. La constitution du sujet est visiblement altérée : il y a fièvre erratique, amaigrissement, inappétence, constipation, sueurs copieuses ; les urines déposent un sédiment puriforme. Outre les symptômes locaux sus-énumérés, il y a presque ankylose des articulations scapulo et cubito-humérales ; cette dernière est engorgée, indolore ; la première est desséchée ; l'avant-bras est sain. La suppuration, abondante, est séro-purulente, tachant en noir les pièces de l'appareil ; le pus sortait par plusieurs fistules, sises, en partie, au côté inférieur et externe du bras, et par l'ancienne incision pratiquée sur le foyer primitif. La sonde cannelée rencontre l'humérus, dénudé à sa portion dure ; j'en infère qu'il est nécrosé ; deux incisions sont pratiquées sur-le-champ, l'une supérieure, l'autre inférieure, en suivant les trajets fistuleux. Mis à découvert, l'os du bras est terne, et donne, par le choc, un son mat. Les incisions sont tenues ouvertes par des plumasseaux, chargés de cérat, et recouverts par de larges cataplasmes émollients, arrosés d'eau végéto-minérale ; diète absolue. En moins d'un mois et demi de ce traitement, les parties molles étaient beaucoup diminuées, mais l'os restait le même ; les symptômes généraux étaient très-amendés ; l'appétit était excellent. Même traitement local ; à l'intérieur, décoction d'amers indigènes ; pour nourriture, lait, œufs.

Digitized by Google

Au huitième mois, la nature avait établi des ouvertures dans la partie externe du nouvel os, qui pénétraient dans sa cavité. Au dixième mois, tout est rentré dans l'ordre ; la maladie est toute locale. Tout à coup divers abcès volumineux se développent, tant sur les parties moyennes et antérieures des tibias, que sur la région supérieure du thorax, vis-à-vis de l'aisselle du côté malade. Ces épiphénomènes viennent encore troubler l'économie. Diète sévère. Ouverture de ces abcès à leur maturité ; ils se détergent lentement. Le calme reparaît ; l'appétit se prononce fortement. Continuation des décoctions amères ; emploi de la teinture d'iode à l'intérieur, et localement, de l'onguent ioduré, dans le but d'accélérer la séparation des parties nécrosées.

Au bout d'un mois de ce traitement, le dégorgement des parties molles est très-sensible, les ouvertures au nouvel os s'agrandissent considérablement, l'angle supérieur et externe du séquestre vient y faire saillie, il vacille, on l'ébranle avec précaution plusieurs fois le jour. Sa séparation était presque complète au dix-huitième mois de l'affection traumatique ; on aurait pu en débarrasser le malade, mais il y avait à craindre que la régénération osseuse ne fût trop faible.

Au vingtième mois, les forces et l'embonpoint se prononcent, on cesse, à l'intérieur, toute administration médicamenteuse. A cette époque, le bras est dans l'état le plus satisfaisant ; la suppuration est presque nulle ; pour tout pansement, plumasseaux imbibés de teinture de myrrhe et d'aloës. On recommande l'exercice du bras ; le nouvel os résiste fortement. Prolonger davantage, eût été incurie de notre part ; en conséquence, vers la fin de la seconde année, nous procédâmes à l'extraction de la portion morte par une méthode aussi simple que possible. L'ancienne incision supérieure et externe, où l'angle du séquestre proémine, est agrandie vers le bras d'un pouce et demi au moins ; tout ce qui gêne de l'os de nouvelle formation est brisé avec une forte pince, alors, faisant écarter largement les chairs par un des assistants, je dégage entièrement l'extrémité supérieure de ce corps, devenu étranger ; puis, tirant avec force de bas en haut, j'en fais l'extraction. Ce séquestre est en tout semblable au corps de l'humérus.

Cette observation pourra paraître d'abord plus curieuse qu'utile aux progrès de l'art, si l'on ne considère que le cercle bisannuel qu'a parcouru cette ostéite avec gangrène et le peu de moyens curatifs qu'on lui a opposés. Qu'on ne prenne pas le change, le médecin studieux ne reste pas ici dans une oisive expectation : car si des affections requièrent de sa part et plus de zèle et plus de méditation, ce sont bien ces lésions interminables du système osseux. En effet, l'homme de l'art a ici deux indications principales à remplir : la première, c'est de débarrasser l'économie d'un corps étranger que la nature cherche en vain à éliminer ; la seconde, c'est d'épier les principaux viscères, tant pour les préserver que pour les guérir de ces sympathies morbides, qui irradient sans cesse du foyer malade. L'homme ne succombe aux maladies externes qu'autant que les organes internes s'affectent secondairement : vérité pratique et fondamentale que l'expérience a sanctionnée.

Certes, la médecine dite physiologique, n'en déplaise à la dent envenimée de la noire calomnie, a rendu d'aussi éminents services à la chirurgie qu'à la médecine. Mais, où son auteur a rayonné de gloire, c'est peut être dans les maladies chroniques de l'espèce dont nous traitons. Avant l'ère de cette doctrine, quel aveugle empirisme ne régnait-il pas dans les médications, surtout quand l'affection locale avait gagné l'intérieur de notre organisme ? La médecine ancienne déposait souvent, dans un estomac sympathiquement irrité, les remèdes les plus disparates, le plus souvent incendiaires, qui, loin de guérir, précipitaient la catastrophe. Nous le savons tous aujourd'hui, dégagés que nous sommes des prestiges de l'enthousiasme, Broussais n'a pas été infaillible ; comme tous les grands hommes, il a payé son tribut à l'erreur et, comme ceux-ci, pourquoi ne le juge-t-on pas sans prévention ? Qu'on nous passe cette courte digression, qui est un épisode de notre travail ; nous avons voulu payer notre tribut de reconnaissance aux mânes de notre ancien maître.

Revenons maintenant à notre observation ; tâchons, par une analyse succincte, d'en faire jaillir quelques étincelles de lumière qui puissent nous guider et être utiles à la pratique. Un corps étranger, tombé de haut, semblable aux projectiles qu'on appelle morts, lancés par la poudre à canon, vient contondre profondément un membre, sans entamer ses tissus. Le premier symptôme qui se manifeste, c'est la stupeur, genre de douleur spéciale à la commotion du système nerveux. L'influx cérébral se trouve momentanément interrompu dans les nerfs contus ; de là, stagnation des liquides, qui deviennent un second élément de l'inflammation. La médication particulière, quand on est appelé au moment de l'accident, est de ranimer les parties froissées et d'activer l'absorption des liquides épanchés. Les frictions alcooliques, les épithèmes aromatiques eussent rempli chez notre sujet cette double indication. Mais, quand on lui administra les premiers secours, déjà la réaction s'était établie. L'on devait prévoir une violente inflammation si l'on ralliait la cause à l'effet, n'était-ce pas le cas de la combattre par les antiphlogistiques les plus actifs ? Si, au moins, on n'eût pas obtenu la résolution, on eût diminué de beaucoup la somme des accidents. Mais de faibles moyens ont été prescrits, un large abcès s'est formé, on y pratique une petite ouverture. On aurait dû inciser profondément ; rien n'empêchait de débrider jusqu'à l'os, puisque nos connaissances anatomiques le permettaient. En suivant

Digitized by Google

cette marche, tracée par la bonne chirurgie, on eût évacué le pus épanché sous le périoste, et empêché le décollement de cette membrane ; enfin, la nécrose eût été bornée aux couches les plus superficielles de l'humérus, et le malade eût ainsi été soustrait à mille dangers qu'il a dû traverser pour atteindre au port de la guérison.

J'arrivai au quatrième mois de l'accident, lorsque les sympathies morbides étaient en jeu. Je me trouvai dans une singulière perplexité, quand je calculai les chances que le malade avait à courir. Je penchai pour l'amputation. Outre l'amaigrissement, la fièvre erratique, etc., j'avais encore à redouter une suppuration interminable, le passage du pus dans l'articulation huméro-cubitale ; cependant, je réservai cet extrême moyen pour le moment où il n'y aurait plus aucun espoir de conserver le membre. Je commençai d'abord par constater l'état de l'os, en pratiquant de larges incisions qui avaient encore un autre but, de faciliter l'écoulement du pus : car je regardais la présence de ce fluide dans le torrent circulatoire, comme une des causes majeures des accidents secondaires ; j'eus aussi soin de soustraire à l'économie tout irritant quelconque.

Cette médication tourna, à mon grand étonnement, à l'avantage du patient ; car, en moins d'un mois, le mal était rendu à son point de départ. Le bon état de l'estomac le permettant, on fournit à l'appétit, on en vint aux amers. J'avais sur le sort de mon malade, le plus grand espoir, quand des abcès vinrent se former sur les tibias, etc ; n'avais-je pas à craindre ces transmissions morbides par similitude de tissu ? Mais le calme se rétablit encore, et je pus revenir aux toniques que j'avais été forcé de suspendre ; je prescrivis même la teinture d'iode. Cette préparation paraît agir sur les capillaires sanguins ; elle active la vitalité de ce système au préjudice du système lymphatique ; de là absorption plus active, amaigrissement. C'est d'après ces données que je crois à son utilité dans les nécroses, au moment où la nature déploie ce beau mécanisme pour séparer les parties mortes des vivantes.

Je vins en aide à la nature le 20 février 1832. J'enlevai un séquestre de cinq pouces environ de long. Sa face externe et antérieure, sont semblables à l'humérus dans les deux tiers supérieurs ; le tiers inférieur offre une échancrure, produit de l'absorption. La face interne a disparu, par le même mécanisme vital, dans ses trois quarts supérieurs ; le quart inférieur est par là aussi beaucoup endommagé. Les extrémités présentent ces dentelures, résultat du travail de disjonction. L'absence complète du périoste ne laisse aucun doute que cette membrane est la régénératrice du nouvel os. Après huit années d'une guérison radicale, le bras de Jonasse se trouve dans les conditions suivantes : Les muscles sont presque atrophiés ; les parois de la régénération osseuse se sont affaissées et rapprochées du fond de la cavité qu'occupait le séquestre. La cicatrice, solide, présente aujourd'hui un enfoncement égal à la perte de substance éprouvée par le nouvel os, c'est-à-dire que celui-ci offre à toute sa partie externe une gouttière égale à la moitié externe du cylindre osseux qui a été enlevé pour l'extraction de la nécrose ; enfin les articulations scapulo et huméro-cubitales sont presque ankylosées.

Qu'on nous permette, avant de terminer ce travail, d'élucider quelques points, traités implicitement dans ce dernier paragraphe. Comment la nature procède-t-elle à la guérison d'une nécrose de toute l'épaisseur d'un os long ? Nous diviserons d'abord cette lésion en trois périodes : dans la première, la mortification a lieu ; dans la seconde, la séparation s'opère et le nouvel os se forme ; dans la troisième, l'expulsion se fait naturellement ou artificiellement. Tout ce qui peut suspendre la vie dans l'os, est la cause prochaine de sa mort. En conséquence, appliquant cette théorie à notre sujet, nul doute que d'une part, le vaste épanchement des fluides sous-périostiques ; de l'autre, la commotion locale du système nerveux n'aient amené cette catastrophe. Le périoste, sain en grande partie, s'est d'abord détaché du séquestre, s'est gonflé et ensuite ossifié de l'intérieur à l'extérieur. Des fistules se sont formées pour donner passage à la sanie, provenant des deux extrémités de la nécrose, qui étaient le siége du travail inflammatoire et suppuratif. Une rainure s'est formée dans la ligne où cette séparation s'est faite ; là, des vaisseaux capillaires se sont fortement développés tant pour la disjonction des parties que pour l'absorption du pus, qui tenait les parcelles osseuses en dissolution.

Passons maintenant au second temps ou à l'ostéogénie. La régénération osseuse ne peut se faire, d'après les belles expériences de Troja et de Reveillé, qu'autant que le périoste est demeuré intact dans une grande partie de son étendue ; car sa destruction s'oppose à toute nouvelle formation, comme on peut le voir dans l'excellente clinique de M. Baudens, où des humérus ne se sont point régénérés par l'ablation de leur membrane d'enveloppe, suite de coups de feu. Chez Jonasse, où nous devons supposer que le périoste est resté sain au moins dans sa moitié interne, cette membrane, disons-nous, attachée aux deux extrémités saines de l'os, qui étaient gonflées et ramollies et entre lesquelles se trouvait le séquestre, a commencé par sécréter à son intérieur un fluide plastique, peu épais et qui a passé insensiblement à l'état cartilagineux. Des fibres osseuses se sont d'abord développées à sa partie inférieure et bientôt ont gagné toute son étendue ; enfin l'os nouveau s'est formé, et sa dureté ne le cède point à l'ancien. Comme celui-ci, il a ses membranes externes et internes,

Digitized by Google

munies de vaisseaux sanguins d'où il reçoit sa nourriture. Sa cavité, qui récélait le séquestre, communiquait à l'extérieur par plusieurs ouvertures, placées à la partie externe du membre, où il y avait le moins de vaisseaux et de nerfs importants, comme si la nature prévoyante avait voulu nous montrer du doigt le lieu de l'extraction, au cas où celle-ci serait jugée nécessaire. En effet, si le fragment eût été de petite dimension, il eût disparu par la seule force absorbante du nouvel os; mais comme il était trop volumineux, l'art a dû venir au secours de la nature impuissante. Cependant les fastes de la science ne manquent point de cas de ces expulsions spontanées; on en trouve un exemple remarquable dans le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, tom. III, pag. 446.

Nous passerons sous silence le troisième temps ou la période d'expulsion : nous pensons avoir traité ce sujet suffisamment dans l'espèce, ainsi que tout ce qui s'y rattache. Pour les moyens chirurgicaux, qui conviennent aux nécroses en général, comme ce serait un hors-d'œuvre de les exposer ici, nous citerons volontiers l'article du *Dictionnaire des Sciences médicales*, par Ribes, où nous avons puisé d'utiles enseignements à ce sujet.

Bull. médical belge. — Novembre 1840.

Considérations sur quelques cas de pneumatose, et sur le traitement qui leur convient.

Il n'est peut-être pas un seul appareil de l'économie dans lequel on ne puisse observer le développement accidentel de gaz : et nous n'entendons point parler ici de ces pneumatoses qui se lient à la décomposition de certains produits organiques accidentellement épanchés dans quelque cavité, ou dans la profondeur des tissus; il est clair que c'est là un travail purement chimique; partout où se trouvent réunies les conditions physiques de son développement, de la réaction qui le constitue, on peut l'observer : la pneumatose dont il s'agit en ce moment, est celle qui consiste dans une sécrétion vitale de gaz par l'organisme morbidement affecté. Or, nous disons qu'il n'est peut-être pas un seul appareil de l'économie qui ne puisse devenir le siége d'une pareille sécrétion morbide. Bien que le ventricule gastrique soit un des organes dans lequel on observe le plus souvent ce trouble fonctionnel, il ne nous paraît pas cependant que toutes les formes symptomatiques qu'il peut revêtir aient été signalées; que là plus qu'ailleurs on en ait toujours mieux distingué, précisé la nature; et qu'enfin la thérapeutique par laquelle on doit combattre cette pneumatose, ait été bien nettement déterminée : c'est pourquoi nous ne pensons pas faire œuvre inutile en consignant ici quelques réflexions pratiques sur la pneumatose gastrique.

Au temps où la doctrine physiologique asservissait la plupart des intelligences par la grande simplicité de la loi, dans laquelle elle résolvait toute la science de la vie morbide, les pneumatoses gastriques et intestinales disparurent du cadre nosologique, comme d'absurdes conceptions d'un iatrochimisme qui s'éclipsait devant la lumière nouvelle; les unes et les autres ne furent qu'un des symptômes variés par lesquels l'irritation gastrique ou intestinale se traduisait à l'observation; et cette forme spéciale, que revêtait dans ce cas la gastrite ou l'entérite, ne touchait point à la nature du mal, qui restait toujours inflammatoire, et appelait par conséquent la médication antiphlogistique. L'école anatomique de son côté, qui dissimule mal son solidisme exclusif en laissant la solution de quelques questions à la charge d'une science non suffisamment avancée, la chimie organique; l'école anatomique, disons-nous, ne saisissant aucune lésion de tissu à laquelle elle puisse rattacher la pneumatose, ne considère, elle aussi, cette sécrétion morbide, que comme une des formes que revêtent certaines lésions organiques dans des conditions encore indéterminées. C'est ainsi que les pneumatoses en général, et la pneumatose gastro-intestinale en particulier, ont disparu peu à peu, comme groupe spécial d'affections, de nos cadres nosologiques modernes. Il est si vrai qu'il en est comme nous venons de le dire, qu'il y a quelques dix ans, le mot lui-même avait disparu de la science, la réalité qu'il représente ayant cessé d'être pour des esprits prévenus. Quoi qu'il en soit, aujourd'hui la réaction contre ces deux idées, fausses quand on veut trop les étendre, est assez avancée pour que nous n'ayons pas besoin de traiter cette question d'une manière générale.

S'il est un fait parfaitement démontré par l'observation, c'est qu'il est certaines affections dont un des caractères est le trouble soudain dont sont frappées presque toutes les fonctions, et dans lesquelles on voit une sécrétion gazeuse abondante s'accomplir brusquement à la surface de certaines cavités; telles sont les affections hystériques. Qu'est-il survenu dans cet organisme, ou, si l'on veut, dans cette muqueuse gastro-intestinale, pour qu'une pareille sécrétion vienne soudainement s'y accomplir, et disparaisse ensuite avec la soudaineté de son apparition? A coup sûr, il faudrait ici une bien étrange préoccupation pour voir là l'expression symptomatique d'une irritation de la muqueuse digestive; autant vaudrait attribuer à une néphrite le flux urinaire abondant qu'on voit presque immanquablement se manifester dans les mêmes circonstances. Rapprochez de ce fait, qu'on rencontre à chaque pas, un fait ana

Digitized by Google

logue, c'est à savoir celui de ces individus nombreux, qui, dans la plénitude de la santé et durant toute la vie, rendent des gaz en abondance ; dans ce cas, la muqueuse gastro-intestinale sécrète des gaz, comme, sous l'influence d'une autre constitution, ou accidentellement sous l'influence de conditions hygiéniques spéciales, on la voit sécréter du mucus. Ces faits bien constatés, et cette étiologie négative étant une fois admise, voyons si l'observation directe vient confirmer l'induction analogique. A quelque époque que nous remontions dans le passé, quelle que soit la théorie qui ait régné, nous voyons les pneumatoses à peu près constamment admises comme affections spéciales; la dénomination seule imposée par la théorie régnante varie : ce n'est guère que depuis que les idées de Broussais ont fait invasion dans la science, que la pneumatose gastrique ou intestinale a cessé d'être une maladie à caractère propre, pour devenir une simple forme, une simple nuance de la gastrite ou de l'entérite chronique. Du reste, quand on étudie les faits avec attention, on conçoit que la préoccupation systématique ait empêché de saisir les nuances souvent fort délicates, qui, dans leurs formes symptomatiques, séparent des maladies essentiellement différentes. Cette distinction, dans le cas dont nous nous occupons, était d'autant plus difficile, qu'assez souvent la sécrétion gazeuse anormale de l'intestin n'est en effet qu'un des phénomènes variés de la phlegmasie de la muqueuse intestinale; mais cette distinction est de la plus haute importance, car elle implique un traitement essentiellement différent dans les deux cas. Du reste, dans les faits que nous allons rapporter, on verra les difficultés dont nous parlons, et les procédés d'observation à la faveur desquels on peut les vaincre. Une des formes les plus fréquentes et en même temps les plus insidieuses de la pneumatose gastrique ou intestinale, est celle qui succède et survit à une phlegmasie, qui en a été la cause et le point de départ. Il en est de la sécrétion gazeuse qui s'accomplit ici à la surface de la muqueuse digestive, comme de l'hyperdiacrisie muqueuse déterminée bien évidemment d'abord par la phlegmasie de la muqueuse où elle est observée, mais qui demeure comme affection propre, comme maladie nouvelle, alors que tous les caractères de celle-ci se sont successivement éteints et ont complétement disparu. Dans ces derniers temps, on a réhabilité dans les cadres nosologiques ces désordres fonctionnels sous le nom de flux; c'est aussi légitimement qu'on pourrait appeler *flux gazeux* la sécrétion anormale dont il est question en ce moment. L'observation suivante va nous montrer clairement comment s'accomplit cette succession morbide.

Un ouvrier imprimeur, âgé de vingt-six ans, avait éprouvé pendant dix-huit mois les symptômes évidents d'une inflammation chronique de l'estomac. Sous l'influence d'un régime sévère longtemps prolongé, de révulsifs énergiques, les digestions s'étaient rétablies; les forces et l'embonpoint étaient peu à peu revenus au type normal : cependant un phénomène qui avait existé pendant tout le temps de la maladie, une tension considérable de la région épigastrique, suivant immédiatement chaque repas et paraissant même parfois dans l'état de vacuité de l'estomac, indiquait, par sa persistance, que les fonctions digestives n'étaient pas parfaitement rétablies. Naturellement nous fûmes porté à penser que ces accidents se liaient à la phlegmasie non complétement éteinte, et nous insistâmes sur les moyens employés jusqu'alors ; mais, loin que le régime sévère et l'exclusion des aliments gras améliorât l'état du malade, il fut évident, au contraire, qu'à mesure que ce régime se prolongeait, la sécrétion gazeuse, cause de la distension gastrique dont le sujet se plaignait surtout, augmentait. Souvent il arrivait que l'expulsion de gaz par la bouche se continuait pendant une demi-heure sans aucun relâche : lorsque cet accident arrivait après les repas, ce qui était le plus ordinaire, il arrivait quelquefois que la contraction expulsive du ventricule gastrique était telle, que les aliments arrivaient par régurgitation jusque dans le pharynx, et étaient de temps en temps rejetés au dehors. Il était clair, d'après cette expérience, que la nature du mal dont X... était atteint avait changé; nous dûmes nous aussi changer de médication : le régime sévère fut en conséquence abandonné, et remplacé graduellement par une alimentation plus substantielle et tonique. Dans les premiers temps, aucun changement ne fut observé, mais au moins il n'y avait point aggravation dans les symptômes ; et ces nouveaux aliments, aussi bien que les tisanes amères auxquelles nous eûmes recours, et principalement l'infusion de rhubarbe à froid, tout fut parfaitement supporté. Le malade, dégoûté des aliments de saveur douce auxquels il avait été pendant si longtemps condamné, nous demandait avec instance de lui permettre l'usage des épices, surtout du poivre, pour lequel il éprouvait la plus singulière appétence; de guerre lasse, nous le lui permîmes. Peu de jours après l'emploi de ces moyens nouveaux, la sécrétion gazeuse diminua sensiblement; au bout de quelques semaines, les digestions étaient parfaites, et avaient cessé de s'accompagner de ces pénibles éructations.

Rien n'est plus fréquent que de rencontrer dans la pratique des cas semblables à celui que nous venons d'esquisser; la nature de la maladie se transforme véritablement alors : l'élément inflammatoire, évident au début du mal, disparaît, et laisse dans les tissus qu'il abandonne une disposition inverse, un état atonique : en présence des effets au moins né-

Digitized by Google

gatifs de la médication antiphlogistique, comme en présence de l'amélioration soudaine et de l'efficacité définitive des moyens opposés, la transformation dont nous parlons ne peut paraître douteuse à personne. C'est surtout quand les agents modificateurs de l'économie sont mis en contact direct avec les tissus souffrants, et que ces agents exercent une influence aussi marquée sur ces tissus, qu'on peut rigoureusement conclure la nature de la maladie de la nature même des agents employés; c'est ici surtout, en d'autres termes, que s'applique rigoureusement l'axiome si connu d'Hippocrate, *naturam morborum ostendunt curationes*. Au reste, il semblerait que dans le cas que nous venons de rapporter, le poivre dont notre malade se servait hardiment dans ses aliments, ait exercé une action particulière sur les tissus et la muqueuse gastrique : notre exclusion, beaucoup plus systématique qu'expérimentale, a frappé injustement un certain nombre d'agents doués d'une efficacité réelle : le moyen dont il est question dans notre observation pourrait être du nombre. Un médecin distingué, Ward, paraît l'avoir employé avec un remarquable succès dans un certain nombre d'états morbides caractérisés principalement par un état atonique des tissus : il l'a surtout beaucoup préconisé dans la cachexie hémorrhoïdale, la dyspepsie, le catarrhe intestinal chronique, sous la forme d'électuaire. Tout le monde connaît la réelle et incontestable efficacité d'une variété de la même famille, du cubèbe dans la blennorrhagie même aigue : en compulsant les vieux recueils d'observations, on rencontre également des faits que l'autorité de leurs auteurs recommande également à l'attention: en voici une fort courte que nous trouvons dans les Centuries de Lazare Rivière.

« Monsieur, chef trésorier de France, avait été longtemps travaillé de rots acides, et comme après s'être servi de divers remèdes, tant internes qu'externes, il n'avait reçu aucun ou fort peu de soulagement, au contraire il amaigrissait tous les jours, parce qu'ayant perdu l'appétit il ne prenait aucun aliment : enfin il résolut de changer de pays, pour respirer un meilleur air ailleurs. Étant donc venu à Urgen, et m'ayant par hasard rencontré, il me raconta son mal, duquel je l'assurai qu'il devait avoir bonne espérance, et qu'il serait bientôt guéri : je lui conseillai donc d'avaler le matin à jeûn cinq ou six grains de poivre, cinq heures devant le dîner; ce qu'ayant fait pendant trois ou quatre jours, il ne ressentit par après aucune apparence de son mal; ayant donc recouvré un fort bon appétit, qu'il avait entièrement perdu, son estomac reprit si bien ses forces qu'il digéra parfaitement les aliments, en sorte que tout son corps fut parfaitement rétabli en son premier état de santé. »

Une affection à laquelle on voit parfois succéder également une sécrétion gazeuse anormale du ventricule gastrique, c'est l'affection typhoïde; pour ceux au sens desquels cette maladie se résout dans une inflammation gastro-intestinale, avec des irradiations sympathiques variées sur les divers appareils de la vie, la nature de cette pneumatose secondaire n'est pas plus douteuse que celle de la pneumatose contemporaine de la même affection; dans les deux cas, la muqueuse digestive sécrète des gaz parce qu'elle est atteinte de phlegmasie, et en conséquence de cette étiologie inflexible, la médication antiphlogistique est également commandée. Nous ne dirons rien ici de l'erreur qui consiste à considérer la tympanite typhoïde comme un résultat pur et simple de la phlegmasie de l'intestin, nous pensons que la plupart des médecins savent aujourd'hui à quoi s'en tenir sur ce point; mais nous dirons un mot de la pneumatose consécutive à la même maladie, qui ne nous paraît point avoir été suffisamment signalée. Nous avons plusieurs fois observé cette variété de la pneumatose gastrique; elle ne diffère des autres pneumatoses que par l'état spécial de l'économie sous l'influence duquel on la voit se développer. Dans quelques cas, elle coïncide avec une irritabilité morbide évidente de la muqueuse digestive, qui se traduit à l'observation par des alternatives de diarrhée et de constipation, et par l'inappétence. Dans ces cas, il est clair pour tout le monde que le moyen de ramener la muqueuse à son type normal d'irritabilité consiste dans un régime ténu et prudemment surveillé; mais il n'en est point toujours ainsi : nous avons sous les yeux, dans ce moment même, une jeune fille, qui, après avoir été atteinte, il y a six ou huit mois, d'une affection typhoïde grave, est encore tourmentée par cet accident à un degré qui en fait véritablement une maladie. Chez cette malade, l'appétit est assez bien conservé; durant le travail de la digestion, la sensibilité de l'estomac n'est point augmentée; on ne reconnaît du côté de cet organe aucun signe d'inflammation en un mot; mais avant comme après les repas, et de quelques aliments que ceux-ci se composent, la malade rend vingt fois par jour une quantité considérable de gaz inodores et insipides; ces éructations se font avec grand bruit, et ressemblent à une explosion : la région épigastrique devient quelquefois douloureuse, mais cela n'arrive que quand ces éructations se prolongent plus que d'ordinaire, et à la fin de la crise seulement : ce qui montre évidemment que ces douleurs doivent être attribuées aux contractions anti-péristaltiques de l'estomac, et non à une sensibilité morbide primitive de cet organe. En même temps que ces symptômes s'observent chez cette malade, les règles ont diminué d'abondance, le cœur est le siége de palpitations intermittentes, quelquefois assez fortes : du reste,

Digitized by Google

le teint est bon, l'embonpoint est conservé, les forces n'ont pas baissé d'une manière sensible. Nous nous bornâmes d'abord à prescrire à Mlle N... l'usage d'aliments froids, et des lotions également froides avec l'oxycrat sur la région épigastrique. Ces moyens parurent d'abord apporter quelque amélioration à l'état de la malade, mais cette amélioration dura peu : nous fîmes cependant continuer ce régime, et exclûmes sévèrement les aliments farineux, que l'expérience a démontrés favorables au développement des gaz intestinaux; nous conseillâmes, d'un autre côté, l'usage de la noix de galle, à la dose d'un gros en décoction dans une pinte d'eau. Au bout de quelques jours de l'emploi de ces moyens simples, il y eut une remarquable diminution dans la quantité des gaz sécrétés : l'appétit diminua un peu en même temps. Mlle N..., désirant fortement se débarrasser de cette sorte d'infirmité, qui, sans la faire souffrir beaucoup, la forçait cependant à se tenir éloigné du monde, persista dans l'emploi de la médication, et arriva bientôt à une guérison complète. Quel est en pareil cas le mode d'action de la noix de galle? tout le monde sait que c'est là un des plus énergiques astringents, et que le principe actif principal de cette substance est le tannin qu'elle contient. Admettrons-nous que les tissus mis en contact immédiat avec cet agent subissent une sorte d'astriction, de resserrement, qui empêche l'émission du gaz : c'est là une explication toute physique d'un phénomène essentiellement vital, par conséquent une explication erronée; car, à supposer même que les choses se passent ici comme l'imagination nous les représente, *il y aurait simple obstacle à l'issue des gaz hors des tissus*, mais cela ne touche point à l'acte physiologique qui les produit. La théorie qui considère les astringents en général et la noix de galle en particulier comme des agents de substitution, nous paraît beaucoup plus fondée. Quoi qu'il en soit, nous avons dû noter le résultat remarquable que nous avons obtenu, et qui concorde parfaitement avec ceux que Godard avait déjà signalés; cette auteur a, en effet, rapporté quinze observations de tympanite, dans lesquelles la même substance a été employée avec le plus grand succès. Sa formule, il est vrai, n'est point aussi simple que celle que nous venons d'indiquer : elle consiste dans un mélange de 1 gros de noix de galle, trois onces de sirop de Fernel, et six onces d'eau de fenouil; mais nous pensons qu'ici même, le principe actif principal est la noix de galle : le fait que nous avons rapporté le démontre d'ailleurs.

La pneumatose gastrique se lie quelquefois à une sorte de suspension momentanée de l'action digestive : nous connaissons une jeune dame qui présente un ensemble de phénomènes fort remarquables sous ce rapport. Si quelque circonstance vient l'empêcher de satisfaire son appétit lorsqu'il devient un peu vif, il cesse peu à peu de se faire sentir; puis, lorsque l'heure du repas arrive, elle prend des aliments, mais avec une sorte de répugnance, car elle sait que la digestion en sera laborieuse. Nous l'avons observée plusieurs fois dans ce cas, et voici ce que nous avons remarqué. La région épigastrique est gonflée : si l'on imprime à cette région un mouvement de succussion brusque, l'oreille perçoit à distance un bruit de fluctuation très-fort; il semble que le ventricule gastrique soit beaucoup plus distendu que dans l'état ordinaire; la fluctuation perçue résulte évidemment du choc de la masse alimentaire semi-liquide contre les parois de l'estomac anormalement dilaté. Tant que cet organe reste dans cet état de dilatation passive, si l'on peut ainsi dire, il est le siége d'une douleur très-vive; cela ne cesse que quand spontanément, ou à la suite de boissons théiformes très-chaudes, des gaz abondants ont été expulsés par l'œsophage : dès lors aussi la fluctuation que nous avons indiquée plus haut cesse de se faire entendre. Nous avons également remarqué que les mouvements de succussion, le ballottement de la masse alimentaire, provoqués pendant un certain temps, favorisaient l'expulsion des gaz, et hâtaient, en le rendant moins laborieux, le travail de la digestion. Nous osons appeler l'attention des observateurs sur ce fait, que nous croyons n'avoir point encore été noté. En l'étudiant plus que nous ne pouvons le faire ici, peut-être pourra-t-on jeter quelques lumières sur la physiologie d'un des actes les plus importants de l'économie, la digestion, et indirectement sur la pathologie encore si peu avancée de la même fonction.

Dans la maladie connue pratiquement sous le nom de crampe de l'estomac, on voit quelquefois le spasme horriblement douloureux, qui en est le caractère le plus saillant, ne cesser qu'après l'expulsion de gaz abondants par la bouche. Nous pensons qu'on a eu raison de considérer la production des gaz, dans ce cas, comme une sorte de crise terminale de l'état morbide dans lequel on l'observe; pourtant, en présence de certains cas de cette affection, où les choses ne se passent point tout à fait comme dans les livres, nous pensons qu'il est permis de se demander s'il n'arrive pas quelquefois que la sécrétion gazeuse, qui s'accomplit à la surface de l'estomac, ne préexiste point à l'état de spasme douloureux qui constitue la crampe, et n'en est point la cause déterminante : les faits qui, dans notre pensée, motivent cette question, ne sont point assez nombreux pour que nous nous permettions de la résoudre; mais ils nous ont semblé au moins assez remarquables pour que nous ayons cru devoir la poser. Dans tous les cas, un des moyens qui réussit le mieux ici, est le sous-nitrate de bismuth : Hu-

Digitized by Google

feland a rapporté le cas d'une femme hystérique, chez laquelle des crampes d'estomac survenaient de temps en temps, et qui, en outre, était incessamment tourmentée par des flatuosités fort incommodes et fort pénibles, et chez laquelle le magister de bismuth fit des merveilles.

Nous avons dit qu'il n'était peut-être pas un seul appareil dans l'économie qui ne fût susceptible de la sécrétion gazeuse morbide qui constitue la pneumatose : toutefois il ne faut point trop se hâter de considérer comme essentielles, et de combattre comme telles, certaines pneumatoses qu'un examen plus attentif montre n'être qu'un symptôme plus ou moins grave d'une autre affection. Ainsi nous croyons qu'on ne peut révoquer en doute l'essentialité de la pneumatose de la vessie dans certains cas; mais ces cas sont fort rares, et avant de porter un tel diagnostic, il faut bien s'assurer qu'il n'est dans l'économie aucun organe dont la lésion puisse expliquer la présence des gaz dans la poche vésicale. Le fait suivant va fournir la preuve de ce que nous venons de dire.

M. Th... était atteint depuis plusieurs mois d'une dyssenterie qui avait été mal soignée à son début; la maladie ne se résolut point, et se termina par des ulcérations : les choses en étaient là lorsque nous vîmes le malade. Un symptôme nous frappa, au milieu de tous les symptômes graves que nous observâmes : ce fut l'émission de gaz par le canal de l'urètre. Comme il arrive souvent en pareille circonstance, la muqueuse intestinale enflammée, ulcérée dans quelques points, formait des flatuosités en abondance; nous crûmes d'abord que la muqueuse vésicale, qui d'ailleurs ne présentait aucun signe d'irritation, fournissait par sympathie cette sécrétion gazeuse anormale; quelle que fût d'ailleurs la valeur de cette explication, le fait était constant; nous vîmes plusieurs fois uriner M. Th...., et, nous le constatâmes très-positivement, l'urine s'échappait d'abord, et ce n'était que quand la vessie se contractait sur la fin de la mixtion pour se vider complétement, que les gaz arrivaient en bouillonnant. Nous le répétons, pendant un certain temps la vessie supporta impunément la présence des gaz dans sa cavité, et nous ne notâmes ni douleur, ni mucosités dans les urines. Cependant, un jour que le malade avait, en mangeant des cerises, avalé quelques noyaux, un de ceux-ci s'engagea dans la vessie et vint se présenter dans le canal de l'urètre, d'où il fut facilement extrait : dès lors il ne fut plus permis de douter de l'origine des gaz rendus par cette voie insolite : ils provenaient bien évidemment du tube intestinal. Plus tard des excréments s'échappèrent par la même voie, la vessie s'enflamma; plus tard, enfin, l'autopsie fit toucher du doigt la communication anormale qui s'était établie entre une portion du gros intestin et la vessie. Sans doute, avant que des matières provenant évidemment du tube digestif fussent sorties par la vessie, on pouvait, dans le cas présent, conjecturer ce qui plus tard fut surabondamment prouvé; pourtant, pendant quelque temps on pouvait conserver des doutes; il n'était qu'un moyen de les lever dès le premier jour de l'apparition du symptôme, c'était de recueillir les gaz par la voie de l'urètre, et de les analyser; une analyse bien simple, et peut-être l'odoration seule, eussent suffi pour établir ce point de diagnostic. On voit par ce fait, qui d'ailleurs offre beaucoup d'intérêt par lui-même, car il est assez rare de voir la dyssenterie se compliquer d'un semblable accident; on voit, disons-nous, par là, avec quelle attention il faut observer pour rattacher dans la science de la vie morbide les phénomènes à leur véritable cause.

Il est encore une autre variété de pneumatose, qu'il ne faut point trop se hâter de regarder comme l'expression de la lésion vitale de l'organe, et qui offre l'émission accidentelle de gaz : c'est la physométrie, *garrulitas, peditum vulvæ*, comme on disait, avant que notre science ne parlât grec; le plus ordinairement les gaz, qui chez quelques femmes s'échappent par la vulve, proviennent de corps étrangers, comme des caillots de sang retenus dans l'utérus, et dont la putréfaction s'est emparée. Il est d'autres femmes qui, n'étant point dans de semblables conditions, rendent également plus ou moins souvent des gaz par le vagin; dans plusieurs de ces cas sans doute, c'est la muqueuse vaginale ou intra-utérine qui est le siége de cette sécrétion anormale; mais il faut bien savoir aussi que chez quelques femmes dont le vagin est large, l'air extérieur peut, dans certains mouvements, s'engouffrer dans ce conduit, et s'en échapper ensuite dans certaines attitudes du corps. Nous n'avons eu l'occasion d'observer ce phénomène qu'une fois, et nous avons remarqué que le mouvement que l'on fait pour s'accroupir brusquement est celui qui est le plus constamment suivi de la sortie bruyante de cet air si malencontreusement fourvoyé : le traitement consisterait donc ici à combattre le relâchement du vagin par des injections astringentes, et, pour éviter une fort désagréable aventure, à s'abstenir du mouvement très-intempestif que nous venons d'indiquer.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. — Octobre 1840.

Digitized by Google

Du traitement de l'hémoptysie par le tartre stibié; par M. A. Nonat.

Le tartre stibié, en raison de son action vomitive, semble devoir plutôt exciter que modérer le crachement de sang; cependant il résulte des observations de Stoll, que les vomitifs peuvent être administrés avec avantage dans l'hémoptysie. Entre autres faits que l'illustre praticien de Vienne rapporte à l'appui de cette opinion, le suivant nous a surtout frappé :

« Je me souviens, dit-il, d'avoir donné des soins » à un jeune Turc qui, au mois de juillet 1776, » fut pris d'une fièvre bilieuse et d'un crachement » de sang abondant; je lui prescrivis un vomitif, » et je recommandai de le lui faire prendre immé- » diatement. Les personnes qui assistaient à ma » visite étaient effrayées de cette prescription, et » elles en attendaient les effets avec impatience, elles » croyaient que le malade allait périr en vomissant; » mais, contre leur attente, il ne rendit pas une » seule goutte de sang, aussitôt qu'il eut rejeté par » le vomissement une grande quantité de bile, et » il fut en même temps délivré de la fièvre. »

Stoll cite plusieurs faits du même genre, et un peu plus loin, en parlant de l'action des vomitifs sur l'hémoptysie, il s'exprime ainsi : « *Vomentes » ne guttam sanguinis rejecerunt, quasi ipsa » emesis hiantia pulmonum vasa quovis auxilio » citius atque efficacius stringeret; et vomitu » jam peracto, aut nihil omninò sanguinis, aut » ejus nonnisi paucum quid per intervalla et ad » exiguum tempus comparuit.* »

Stoll a d'ailleurs le soin de faire remarquer qu'il n'employa cette médication que contre l'hémoptysie bilieuse, avec ou sans fièvre, qui, suivant lui, a pour caractère de se manifester pendant l'été, et d'affecter les personnes qui ne sont pas sujettes à cracher du sang dans d'autres saisons, et qui n'offrent pas de prédisposition à la phthisie pulmonaire.

Depuis qu'il a fait connaître le résultat de ses expériences sur ce sujet, d'autres médecins ont employé la même méthode de traitement avec un succès variable : les uns s'en sont bien trouvés, d'autres n'ont pas eu à s'en applaudir. Dans ces derniers temps, on a recommandé l'usage de l'ipécacuanha contre l'hémoptysie; on a signalé ce remède comme jouissant de la vertu d'arrêter promptement le crachement de sang; mais je ne sache pas qu'on ait expérimenté le tartre stibié dans les mêmes circonstances, du moins je n'ai trouvé aucun document sur ce sujet dans les recueils périodiques de médecine. Quoi qu'il en soit, je vais indiquer les résultats que j'ai obtenus à l'aide de ce dernier médicament donné à dose vomitive dans plusieurs cas d'hémoptysie.

La première fois que je mis en usage cette médication, j'eus pour but de combattre les symptômes d'embarras gastrique qui accompagnaient l'hémoptysie; en un mot, je me proposais de remplir la même indication que Stoll; mais bientôt j'eus recours à l'émétique dans des cas où l'hémoptysie n'était compliquée d'aucun phénomène d'embarras gastrique. Je réussis, par ce moyen, à arrêter le crachement de sang dans quatre cas sur six. Je n'ai pas besoin d'ajouter que ce traitement ne doit être employé que chez les individus dont les organes digestifs sont en bon état. Voici d'ailleurs l'exposé des faits.

Obs. I.—Un homme de trente ans entra à l'Hôtel-Dieu le 18 mai 1839. Il avait, depuis trois jours, une hémoptysie assez intense, qui avait résisté aux boissons adoucissantes, aux révulsifs sur les membres inférieurs, et à une saignée du bras. Cet homme était du reste bien constitué, et crachait du sang pour la première fois. Le lendemain de son arrivée, nous le trouvâmes dans l'état suivant : face injectée, surtout au niveau des pommettes, toux fréquente, avec expectoration de crachats sanglants, spumeux; poitrine sonore, excepté au niveau du sommet du poumon droit; râle muqueux et sous-crépitant dans le même lieu, sentiment de chaleur dans la poitrine, dyspnée, battements du cœur un peu plus forts que de coutume; pouls fréquent, 96 par minute, développé sans dureté; la peau est d'une chaleur modérée, la langue humide, d'un blanc jaunâtre, la bouche pâteuse, amère; perte complète de l'appétit, quelques envies de vomir; épigastre indolent, ainsi que le reste de l'abdomen. L'hémoptysie datant déjà de trois jours, et ayant continué jusqu'à présent de faire des progrès, je me décidai à prescrire un vomitif, dans le but de combattre les symptômes d'embarras gastrique. (Dix centigrammes de tartre stibié furent pris le matin à jeun dans deux verres d'eau tiède.)

Quelques vomissements bilieux suivirent l'ingestion de l'émétique dans l'estomac, et le même jour, le crachement de sang fut arrêté. Dès le lendemain, les crachats étaient blancs, muqueux; le pouls était ralenti, la respiration facile, l'appétit revenu. Au bout de sept jours, le malade sortit guéri.

Obs. II.—Un jeune homme de vingt-six ans entra à l'hôpital de la Charité le 12 septembre 1839. Il avait depuis deux jours une hémoptysie, qui avait résisté à une saignée du bras et à d'autres moyens appropriés. Après nous être assurés que le crachement de sang provenait des voies aériennes, et qu'en outre les organes digestifs étaient dans un bon état, je prescrivis dix centigrammes de tartre

Digitized by Google

stibié, malgré l'absence de symptômes d'embarras gastrique.

Le malade prit l'émétique le matin à jeun, dans deux verres d'eau tiède; il eut des vomissements abondants, et depuis lors il cessa de cracher du sang, ou du moins il n'en rendit qu'une très-petite quantité. Au bout de dix jours, il quitta l'hôpital, dans un état très-satisfaisant.

Obs. III. — Une femme âgée de trente-six ans entra à l'hôpital de la Pitié dans le courant du mois de décembre 1839. Elle crachait du sang depuis quatre jours; elle n'avait encore subi aucun traitement; chaque jour elle rendait en toussant une assez grande quantité de sang rouge, vermeil, mousseux. La malade avait eu déjà, il y a deux ans, une hémoptysie qui fut traitée par les émissions sanguines, et qui ne cessa qu'au bout de neuf jours. Le lendemain de son entrée, nous la trouvâmes dans l'état suivant : face un peu injectée, langue humide, blanchâtre, bouche légèrement pâteuse, non amère, soif modérée, peu d'appétit; ventre indolent, avec ou sans la pression, d'un volume naturel; toux fréquente, crachement de sang non moins abondant que les autres jours; râle muqueux à petites bulles au niveau du sommet du poumon gauche, diminution du murmure respiratoire à droite; bruits d'inspiration et d'expiration un peu exagérés, résonnance de la voix, absence complète de gargouillement. La malade ne se plaignait d'aucune douleur dans la poitrine; elle avait de la dyspnée depuis l'invasion de l'hémoptysie; les battements du cœur étaient plus forts que dans l'état normal, le pouls marquait 104 par minute; d'ailleurs, la constitution de la malade n'était pas altérée. Je prescrivis, comme dans les cas qui précèdent, dix centigrammes de tartre stibié.

La malade vomit trois fois après avoir pris ce remède, et au bout de quelques heures, elle cessa de rendre du sang. Le lendemain nous pûmes nous assurer que l'hémoptysie avait tout à fait disparu. Les crachats étaient blancs, muqueux, quelques-uns seulement étaient encore légèrement colorés en rouge. Les jours suivants, nous n'avons aperçu dans les crachats aucune trace de sang; le pouls a repris son type naturel, la respiration est devenue facile, et au bout de douze jours, la malade est sortie de l'hôpital dans un état satisfaisant.

Obs. IV. — Un jeune homme de dix-huit ans entra à l'Hôtel-Dieu le 25 mai 1839. Il éprouvait depuis six semaines tous les signes rationnels de la phthisie pulmonaire, lorsqu'il fut pris d'un crachement de sang assez abondant, deux jours avant son admission à l'hôpital. Ayant trouvé les organes digestifs en bon état, je crus pouvoir prescrire dix centigrammes de tartre stibié dans deux verres d'eau tiède. Le malade vomit quatre fois, et eut en outre deux évacuations alvines. Dès ce moment l'hémoptysie diminua d'intensité, et le lendemain elle avait complétement cessé. Aucun accident ne s'est manifesté du côté de l'estomac ou des intestins, mais les tubercules pulmonaires ont continué leur marche. La fièvre s'est accrue, l'amaigrissement est devenu de plus en plus marqué, et le malade a succombé au bout d'un mois, après nous avoir offert tous les caractères de la phthisie pulmonaire au troisième degré.

Dans les quatre cas qui précèdent, la cessation de l'hémoptysie a suivi si promptement l'administration du tartre stibié, qu'il nous paraît bien difficile de ne pas attribuer ce résultat à l'action de l'émétique; en effet, l'hémoptysie, abandonnée aux seules ressources de la nature, dure habituellement de six à huit jours; rarement elle s'arrête spontanément avant cette époque, souvent elle se prolonge davantage; et si parfois il arrive que le crachement de sang se dissipe un peu plus tôt, il diminue d'une manière progressive avant de disparaître tout à fait. Or, telle n'a pas été la marche de l'hémoptysie chez les malades dont on vient de lire l'histoire. Chez tous, à peine le tartre stibié avait-il produit ses effets accoutumés, que les crachats contenaient moins de sang, et qu'au bout de quelques heures ils cessaient d'en contenir. Jusqu'ici, je le répète, l'efficacité du tartre stibié ne saurait être révoquée en doute; mais, comme il est d'ailleurs facile de le prévoir, ce médicament ne réussit pas toujours à arrêter l'hémoptysie; quelquefois même, ainsi que nous l'avons observé chez un des deux malades dont nous allons rapporter l'histoire, il peut être suivi d'une recrudescence du crachement de sang.

Obs. V. — Un homme de trente-huit ans, doué d'une constitution assez forte, mais affaibli par des travaux excessifs et par la misère, entra à l'hôpital de la Pitié le 8 janvier 1840. Cet homme, habituellement enrhumé depuis neuf mois, avait été pris d'un crachement de sang quatre jours avant son admission à l'hôpital. Le malade rendait chaque jour une grande quantité de crachats rouges, vermeils et mousseux; la poitrine rendait un son moins clair que de coutume, au niveau du sommet du poumon droit; dans ce même lieu, on entendait un râle muqueux à petites et à grosses bulles, sans traces du murmure vésiculaire normal; la respiration était fréquente, difficile, le pouls accéléré, mais faible; les organes digestifs étaient sains en apparence.

Je prescrivis dix centigrammes de tartre stibié dans deux verres d'eau. Ce médicament produisit trois vomissements, mais il n'exerça aucune action sur l'hémoptysie. Le malade continua de cracher du sang comme les autres jours. Nous eûmes ensuite recours à la saignée, aux révulsifs sur les membres inférieurs, sans plus de succès. L'hémoptysie ne

Digitized by Google

s'est arrêtée qu'au bout de douze jours. En dernier lieu, nous avons mis en usage la décoction de ratanhia, qui nous a paru diminuer un peu l'intensité des accidents.

Obs. VI. — Un jeune homme de dix-neuf ans, tailleur, doué d'un tempérament lymphatique et offrant la prédisposition tuberculeuse à un haut degré, entra à l'hôpital de la Pitié le 3 novembre 1839. Il était enrhumé depuis plusieurs mois, et il avait un crachement de sang depuis quinze jours. La quantité de sang rendue chaque jour était très-variable; tantôt, en effet, le malade rejetait à peine quelques crachats sanglants, tantôt il en rendait de quoi remplir une ou deux assiettes. Quand nous le vîmes, il n'avait subi aucun traitement. Sa face était pâle, colorée seulement au niveau des pommettes; la toux était fréquente; les crachats, peu abondants, nous parurent formés d'un mélange de sang et d'une matière opaque, d'un blanc jaunâtre qui ressemblait à du pus; la poitrine rendait un son mat au niveau du sommet du poumon gauche; il y avait dans le même lieu du râle muqueux à grosses bulles, et de véritables craquements humides au niveau de la fosse sous-épineuse. Le malade accusait une douleur qui occupait la partie postérieure et supérieure du côté gauche de la poitrine, et s'irradiait dans l'épaule correspondante. Les organes digestifs étaient restés jusqu'ici exempts de troubles fonctionnels. D'après l'examen du malade, nous ne pûmes conserver de doute sur l'existence de tubercules pulmonaires; il fut évident pour nous qu'il y avait là des tubercules à différents degrés, et que, suivant toutes les probabilités, le tartre stibié ne réussirait pas à faire cesser l'hémorrhagie pulmonaire. Cependant, comme les voies digestives étaient saines, je prescrivis dix centigrammes d'émétique.

Le malade prit ce médicament sans en éprouver aucun effet.

Le lendemain, j'eus recours à une saignée du bras qui n'eut pas plus de succès; enfin, le crachement de sang étant devenu plus abondant, au bout de huit jours, je réitérai l'administration de l'émétique à la dose de dix centigrammes. Le malade vomit trois fois, et, dès le même jour il fut pris d'un crachement de sang très-abondant, pour lequel on fut obligé d'employer les boissons froides, glacées, la décoction de ratanhia, les révulsifs sur les membres inférieurs.

L'hémoptysie diminua le lendemain, mais au bout de quatre jours elle reprit une nouvelle intensité; enfin elle s'arrêta complétement trois semaines après l'entrée du malade à l'hôpital. A peine était-il délivré de l'hémoptysie, qu'il fut pris d'une variole. Cette maladie activa d'une manière remarquable la marche des tubercules pulmonaires, et elle fut bientôt suivie de la mort.

En raison des variations de la marche de l'hémoptysie chez le malade dont l'histoire précède, il est difficile de déterminer les effets qui appartiennent au tartre stibié. Cependant, nous ne pouvons nous empêcher d'admettre que ce vomitif a exercé une certaine influence sur la recrudescence de l'hémorrhagie qui a suivi son administration; aussi, nous n'hésitons pas à proscrire ce remède dans tous les cas analogues, qui, d'ailleurs, sont ordinairement très-rebelles aux autres moyens. Il nous resterait maintenant à préciser dans quelle espèce d'hémoptysie le tartre stibié peut être donné avec avantage, mais nous ne possédons pas assez de faits pour résoudre cette intéressante question; nous dirons seulement qu'il faut s'abstenir de l'employer, lorsque l'hémoptysie dépend d'une altération organique appréciable, ou lorsqu'elle se lie à une trop grande fluidité du sang. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'état du tube digestif doit être interrogé avec soin toutes les fois qu'il s'agit d'administrer un vomitif, et en particulier l'émétique. Il résulte du peu de faits que nous avons observés, que c'est principalement dans les hémoptysies actives, avec *molimen hœmorrhagicum*, que le tartre stibié peut être donné avec avantage; quant à la dose à laquelle il convient de le faire prendre, nous pensons que dix centigrammes suffisent dans le plus grand nombre des cas; telle est du moins la dose que nous avons employée jusqu'à présent avec succès. Si ce remède échoue la première fois, nous sommes d'avis qu'on ne répète pas une seconde fois son administration. Disons, en terminant, qu'on ne saurait apporter trop de circonspection dans l'emploi d'un médicament dont il n'est pas toujours possible de prévoir les effets.

Ibidem.

Des acéphalocystes des poumons et des accidents qu'ils déterminent; par Max. Simon.

Il n'est point d'organe dans l'économie, peut-être, où l'observation n'ait conduit à constater la présence d'hydatides : inversement à ce qui arrive ordinairement chez certains ruminants, comme les bœufs, les moutons, et chez lesquels, comme on sait, ces produits vivants se développent très-fréquemment, chez l'homme on n'observe que très-rarement l'acéphalocyste solitaire, c'est presque toujours l'acéphalocyste multiple ou prolifère qu'on y rencontre. Malgré cette différence, dont la raison se trouve sans doute dans la nature des milieux au sein desquels ces êtres vivants se développent, dans l'espèce humaine, comme chez les animaux, ce sont

Digitized by Google

les mêmes organes qui deviennent le plus souvent le siége de ces produits anormaux, à savoir : le foie et les poumons. M. le professeur Cruveilhier, qui a publié, il y a quelques années, un travail remarquable sur les acéphalocystes de l'espèce humaine, et qui a essayé par de nombreuses observations, comme par d'intéressantes inductions fondées sur des considérations de physiologie spéciale ou comparée, de jeter quelques lumières sur la question si obscure de l'origine de ces êtres parasites au sein des tissus vivants, n'est point éloigné de placer cette étiologie dans la présence de molécules non assimilées, en d'autres termes de germes, qui circuleraient dans nos organes avec le sang : ces germes, échappés à l'action destructive des organes digestifs, conserveraient, suivant cette théorie, au milieu de la masse du sang auquel ils sont mêlés, leur aptitude à vivre, et cette vie en puissance se réaliserait dans les tissus, qui offriraient aux germes déposés les conditions favorables à leur développement : quelques expériences tentées par cet habile observateur sur les animaux lui ont appris, en effet, que l'humidité, l'abondance, la mauvaise qualité, ou la qualité végétale de la nourriture avaient une influence incontestable sur le développement des acéphalocystes : M. Dupuy d'Alfort, par des expériences plus nombreuses et plus répétées, est arrivé, sur le même point de doctrine, à des résultats qui se concilient très-bien avec celui que nous venons d'indiquer. C'est donc là un premier fait qui tend à établir que c'est dans le mode d'alimentation qu'il faut chercher la cause première de la maladie : un second fait qui vient ajouter l'autorité d'une induction légitime au fait purement expérimental qui précède, c'est que les deux organes dans lesquels se développent principalement les acéphalocystes sont deux organes d'hématose, le foie et le poumon, auxquels aboutit la totalité ou une grande partie du sang. N'est-ce point de même à leur qualité d'organes d'hématose surtout, de confluents du fluide sanguin, que ces deux appareils doivent le funeste privilége dont ils jouissent, d'être atteints d'abcès multiples dans l'injection purulente déterminée par la phlébite, ou les grandes surfaces en suppuration, quand si souvent les autres organes en sont complétement affranchis : nous savons qu'on pourrait opposer plus d'une objection à cette manière d'expliquer la présence d'êtres vivants au sein de l'organisme. Cependant, comme de toutes les théories qui ont été proposées, celle-ci est à peu près la seule qui conclue à une pratique, c'est-à-dire à une hygiène applicable, nous avons cru que nous devions au moins l'indiquer.

Nous allons maintenant examiner rapidement les symptômes que développent les acéphalocystes ayant leur siége dans la cavité thoracique ; que si ces symptômes ne nous offrent rien de spécial propre à caractériser la maladie, ils nous indiqueront au moins les formes variées que celle-ci peut revêtir, et, ce tableau une fois bien gravé dans notre pensée, nous pourrons peut-être dans quelques cas, en usant avec habileté de la méthode d'exclusion, être conduits à soupçonner le mal. Pendant longtemps les observateurs ont confondu les acéphalocystes avec les simples kystes séreux, c'est pourquoi la plus grande partie de leurs observations sur ce sujet intéressant sont à peu près complétement perdues pour nous : depuis que des caractères propres ont été assignés à chacun de ces produits morbides, ils ont été le plus souvent très-nettement distingués, et les observations relatives aux kystes hydatiques ont acquis une valeur scientifique dont elles manquaient jusque-là.

M. le professeur Andral a rapporté dans sa clinique sept observations d'acéphalocystes pulmonaires : dans ces divers cas aucun diagnostic précis ne fut porté ; l'ensemble des symptômes indiquait bien une altération plus ou moins profonde dans le parenchyme pulmonaire ou son enveloppe, ainsi chez l'un des tubercules, chez un autre un emphysème, chez un troisième une pneumonie ou une pleurésie chronique ; mais, dans aucun de ces cas, la spécialité de la lésion que l'anatomie morbide découvrit ne fut soupçonnée pendant la vie. Lorsque l'auteur que nous venons de citer recueillit les faits qui précèdent, l'auscultation, la percussion n'avaient point encore atteint le degré de précision auquel elles sont arrivées aujourd'hui : nous ne disons pas que si M. Andral avait l'occasion d'observer les mêmes faits que ceux que nous venons de rappeler, il parvînt à diagnostiquer la spécialité de produits morbides, qui alors lui échappa, mais nous sommes convaincu que, procédant en pareille circonstance par voie d'exclusion, il arriverait dans plusieurs de ces cas à rejeter ou au moins à n'admettre que comme possible la lésion à laquelle, il y a vingt ans, s'arrêta son diagnostic : or, arrivé à ce doute, il est vraisemblable que le soupçon au moins de la véritable nature du mal lui viendrait à la pensée : un seul symptôme se rencontre également, d'ailleurs, chez presque tous les malades dont nous trouvons l'histoire esquissée dans la *Clinique*, c'est un état de dyspnée habituel qui devient dans quelques cas une véritable orthopnée. Il en est de même dans les quatre observations sur la même maladie, rapportées par M. Cruveilhier dans le travail dont nous avons déjà parlé ; le symptôme commun à ces divers cas, c'est une gêne de la respiration qui existe ordinairement, et qui conduit chez deux malades à des accès violents de suffocation, au milieu desquels ils succombent : nous avons nous-même, du reste, observé un cas de ce genre des plus remarquables et que nous allons rapporter.

Digitized by Google

La femme Denis, âgée de trente-quatre ans, d'une constitution forte et vigoureuse, mariée, et n'ayant eu qu'un enfant qui est petit, malingre, et présente une remarquable faiblesse dans les membres inférieurs, a joui constamment d'une bonne santé jusqu'à l'année 1837, où elle devint sujette aux maux de gorge, nous dit-elle, et où en même temps elle crut s'apercevoir que sa respiration devenait plus courte quand elle marchait un peu vite et surtout montait des escaliers : ces maux de gorge, dont nous n'avons jamais bien pu préciser le caractère, s'accompagnaient ordinairement, à ce qu'il semble, d'un peu de fièvre et d'une toux légère : tous ces accidents duraient quelques jours, puis la malade reprenait son état ordinaire. Dans les premiers jours de mai 1839, la femme Denis fut prise des accidents, que nous venons d'indiquer, et auxquels furent opposés une saignée de bras, des sinapismes et une diète presque complète. Cependant le mal persistait, quand tout à coup, et sans que rien annonçât un si brusque changement, rien qui nous ait été signalé au moins, une violente suffocation se manifeste. Lorsque nous vîmes pour la première fois la malade, cette suffocation existait déjà depuis plusieurs heures, sans que des saignées abondantes, des révulsifs extrêmement actifs, l'eussent en rien diminuée : voici, du reste, l'état dans lequel nous trouvâmes la malade, et le résultat succinct de l'examen clinique auquel nous nous livrâmes. Facies de l'asphyxie, col fortement gonflé et sous la peau duquel saillissent les gros vaisseaux comme des cordes tendues, emphysème cellulaire de la partie supérieure du thorax ne descendant point au delà des deux premières côtes, et ne dépassant point la clavicule : en avant respiration pure, mais rapide comme les mouvements qui abaissent et élèvent alternativement le thorax. En arrière nous pouvons à peine ausculter, tant le moindre mouvement est mal supporté par la malade; cependant là où notre oreille s'est posée un instant en bas à droite, nous avons entendu le bruit de la respiration, mais faible. Le pouls est fréquent, sans dureté, la peau surtout à la face est constamment couverte d'une sueur qui se refroidit rapidement. Le cœur ne nous a offert rien d'anormal. La malade interrogée ne répondait dans les premiers temps que d'une voix soufflée, entrecoupée, qui bientôt même devint impossible : ses mains se portaient à chaque instant, et comme on le voit souvent chez les enfants dans le croup, à la partie antérieure du col, comme pour en arracher l'obstacle qui empêchait la libre respiration. La soudaineté, la violence des accidents, comme aussi les symptômes négatifs que nous venons de rappeler, nous firent penser à un œdème de la glotte; une exploration aussi complète qu'elle peut l'être dans un cas comme celui-ci, où le moindre obstacle nouveau à l'entrée de l'air dans la poitrine cause aux malades une anxiété mortelle, ne nous fit rien reconnaître de ce côté. Dans les quarante-huit heures environ que vécut encore la malade, deux ou trois nouvelles saignées furent pratiquées, le col fut couvert de sangsues; le tartre stibié fut employé tardivement, et ne provoqua point de vomissements; des révulsifs de toutes sortes furent appliqués, et enfin la malade succomba dans un état de véritable asphyxie.

Comme cette observation est déjà assez longue, bien que nous n'ayons fait pourtant qu'en esquisser les principaux traits, nous ne rapporterons que les résultats essentiels de l'autopsie qui fut pratiquée par moi en présence de l'un de nos honorables confrères, M. le docteur La Ferrière. Le larynx, la trachée-artère ne nous offrent rien autre chose qu'une injection légère de la muqueuse, qui tapisse leurs parois internes, et que recouvre un liquide spumeux abondant : une vaste poche développée aux dépens des médiastins, et que nous n'apercevons qu'en partie affaissée et vide, est placée entre les deux poumons qu'elle devait fortement comprimer; cette poche, qui a laissé des débris fortement adhérents à la surface interne du sternum, ne nous paraît avoir été ouverte que lors de l'autopsie : au moins, en l'examinant avec attention, nous ne trouvons nulle part de suppuration, d'usure, qui indiquent une rupture spontanée. Cette poche contient une grande quantité d'hydatides; d'un autre côté, nous en trouvons une quantité beaucoup plus grande encore qui nage au milieu du sang dont l'ouverture maladroite d'un gros vaisseau a inondé la cavité thoracique : ces hydatides sont constituées par une vésicule transparente, et contiennent un liquide en général limpide et incolore. Les parois de quelques-unes plus grosses que les autres sont épaisses, fortement opaques, quelques-unes sont comme ridées : d'autres ne sont plus qu'à l'état de débris.

Tels sont les résultats remarquables auxquels nous a conduit l'autopsie dans ce cas intéressant. La première question qu'on se pose en face d'un pareil fait est celle-ci : Comment une lésion si grave, si profonde, et dans le voisinage d'organes si importants à la vie, se concilie-t-elle avec la permanence de la vie pendant de longues années peut-être, et comment une lésion constante de la nature de celle que nous venons d'indiquer ne développe-t-elle pendant longtemps que des symptômes intermittents? Ce sont là deux questions que nous n'essaierons point de résoudre, mais sur lesquelles nous fixerons l'attention de nos lecteurs. Maintenant, que l'on rapproche ce fait de quelques-uns de ceux qui ont été publiés par divers auteurs, et notamment ceux que nous avons cités plus haut, et il deviendra évident que la forme symptomatique, par laquelle se

Digitized by Google

traduisent surtout les hydatides pulmonaires, est un état de dyspnée habituelle sans les lésions ordinaires qui l'expliquent, et qui, dans les cas où la maladie doit se terminer fatalement, aboutit à une violente suffocation. Jusqu'ici, nous le répétons, aucun symptôme spécial ne peut être indiqué qui signifie la présence d'hydatides dans les poumons, et rien autre chose; car il ne faut considérer que comme un vain acousmate, une simple illusion d'ouïe, ce prétendu bruit de collision, de bruissement dont on a tant parlé pendant quelques jours. A supposer que ce signe particulier fût réel, d'après la description qu'en ont donnée les auteurs qui disent l'avoir constaté, et qui le font consister dans un bruit, dans un froissement léger, fugitif, difficilement perceptible, à moins d'une très-grande habitude de l'auscultation, il est évident, disons-nous, qu'en admettant même la réalité de ce bruit, dans les cas où les hydatides se sont développées dans certains organes, le foie par exemple, il n'aurait aucune valeur dans les hydatides de la cavité thoracique, effacé qu'il y serait inévitablement par les bruits des poumons ou du cœur. Si donc l'on veut arriver au diagnostic de cette maladie, dans les cas assez fréquents où elle se rencontre, il faut se bien pénétrer de la forme symptomatique que l'observation nous démontre qu'elle revêt le plus souvent, puis exclure successivement les états morbides que des caractères plus positifs nous signalent : en usant habilement de cette méthode, nous sommes persuadé qu'avec nos moyens avancés d'investigation, l'on arrivera plus d'une fois à un diagnostic sinon certain, au moins très-probable : eh ! mon Dieu, ne nous montrons point si rigoristes sur certains points, n'oublions jamais que le terrain sur lequel nous nous tenons est souvent un terrain de simple probabilité.

Un renseignement important, qui peut jeter une grande lumière sur ce diagnostic si difficile, mais dont on se prive presque toujours, parce qu'en général on ne pèse point avec une suffisante attention les renseignements que les malades donnent sur leurs antécédents, c'est l'expectoration d'hydatides entières, ou de simples débris, qui le plus souvent sont assez clairement désignés pour qu'on ne conserve point de doute sur leur nature. C'est ainsi, par exemple, que, dans l'observation que nous venons de citer, les parents de la malade nous dirent à plusieurs reprises qu'il lui était arrivé quelquefois d'expectorer comme des peaux enroulées sur elles-mêmes, et que cette singulière expectoration la soulageait constamment : nous n'avons, nous devons l'avouer, tenu aucun compte de cette remarque, que nous ne nous sommes même rappelée qu'en présence des résultats nécroscopiques. Voyez cependant combien elle eût pu nous éclairer, non-seulement pour porter notre diagnostic, que nous avons gardé *in petto*, mais encore pour établir les bases d'une thérapeutique rationnelle. La nature de la lésion à laquelle notre malade a succombé ne peut nous laisser le plus léger doute sur la complète inutilité des émissions sanguines employées si largement ; il n'y avait qu'un moyen qui offrit quelque chance de sauver la malade, c'était le vomissement provoqué dans la vue d'aider à l'expulsion des hydatides, qui, dans d'autres circonstances, étaient sorties spontanément par les bronches : on pourrait objecter que par là on s'exposerait à aggraver le mal, en déterminant la rupture d'un kyste hydatique qui ne serait point encore brisé : mais ici ou jamais c'est le cas d'appliquer le principe, *melius anceps remedium quam nullum :* quand la suffocation est arrivée à ce degré, la mort est inévitable, si on n'enlève l'obstacle qui empêche l'ampliation pulmonaire.

Avant de terminer cet article, dans lequel nous avons touché à un sujet que couvre encore une si profonde obscurité, nous voulons rapporter en quelques mots un nouveau cas d'hydatides pulmonaires, que nous avons eu dernièrement occasion d'observer, et dans lequel quelques hydatides en débris ou entières ont été spontanément rendues. La malade, atteinte d'une affection organique du cœur, à laquelle elle a fini par succomber, se plaignait surtout d'une très-forte oppression, et à laquelle nous ne pouvions plus opposer dans les derniers temps que les simples anti-spasmodiques : un jour je prescrivis à ma malade de l'éther, et lui conseillai d'en aspirer fréquemment : il lui sembla que ce moyen calmait son oppression, c'est pourquoi elle en usa largement. Mais le lendemain je fus fort étonné, quand la malade me montra une assez grande quantité d'hydatides qu'elle avait expectorées. Je lui conseillai de continuer un moyen qui lui avait si bien réussi, et, pendant deux ou trois jours, elle rendit encore quelques acéphalocystes, ou de simples débris, et puis elle n'en rendit plus, bien qu'à divers intervalles je lui aie fait aspirer de nouveau la vapeur d'éther. Du reste, la maladie suivit sa marche ordinaire. L'éther aurait-il quelque influence sur la vitalité des acéphalocystes, comme il en a évidemment sur certains helminthes, qu'il tue aussi bien que les plus sûrs anthelminthiques, et dans ce cas particulier faudrait-il attribuer à cette influence l'expulsion d'hydatides que nous venons de signaler? Nous ne le saurions dire. Mais le fait nous a paru assez intéressant pour que nous n'ayons point dû l'omettre. Au reste, dans une matière obscure, un fait, si mince qu'il soit, ne doit point être négligé, car le jour où la science sera constituée sur ce point, nul ne peut dire quelle en sera la valeur.

Digitized by Google

***Nouveaux aperçus cliniques sur l'auscultation, tendant à simplifier son étude et à faciliter son application à la pratique*; par le docteur A. Raciborski.**

§ 1. *Des bruits de l'auscultation appliqués au diagnostic des affections des organes respiratoires en général.*

L'importance de l'auscultation est si généralement sentie, qu'il n'y a pas de médecin qui n'ait compris la nécessité de s'initier aux secrets de la glorieuse découverte de Laënnec et qui n'ait fait quelques tentatives pour s'exercer dans l'application de l'oreille au diagnostic des maladies. Il n'y a pas un pays, tel arriéré qu'il soit dans la marche progressive de notre science, qui n'ait voulu arracher pour lui quelques fruits de cette belle découverte. Toutes les parties du monde possèdent déjà, sinon des traductions du vaste ouvrage dans lequel Laënnec a dévoilé au monde médical les richesses de l'auscultation, au moins des travaux de ceux qui s'étant instruits à l'école de l'immortel auteur de l'auscultation, ont essayé d'ajouter quelques nouveaux faits à ceux qu'ils avaient appris de leur maître. Mais tant d'efforts n'ont pas encore produit le résultat auquel on pouvait s'attendre, et l'on peut dire, que de même que dans la musique qui consiste en partie dans l'application de l'oreille, de même dans l'auscultation il n'y a encore qu'un petit nombre de vrais artistes qui sachent la manier et en faire ressortir toutes les richesses. La plupart des praticiens rebutés par les nombreuses difficultés dont est entourée l'étude de l'auscultation, telle qu'on l'a envisagée jusqu'à présent, se sont arrêtés sur un certain nombre de bruits ou de râles, et s'en servent d'une manière plus ou moins vague dans leur pratique; c'est qu'en vérité, dans tous les ouvrages publiés sur l'auscultation, on a sacrifié, pour ainsi dire, tout à la théorie et on n'a laissé presque rien à la pratique.

La marche peu philosophique qu'on a suivie dans l'exposition de l'auscultation et dans l'appréciation des différents signes dont elle enrichit le diagnostic des maladies, est la cause principale de la disproportion évidente entre les nombreux efforts qu'on a faits pour la populariser et le succès qu'on en a obtenu.

A peine Laënnec nous avait-il appris à distinguer quelques râles dans les états pathologiques des organes respiratoires, à peine avait-on commencé à sentir les rapports de quelques-uns de ces râles avec certains états morbides des poumons, que de suite l'enthousiasme s'est emparé des faits qui avaient été jusqu'alors du domaine de la simple observation; chaque nouveau bruit fut regardé comme un signe pathognomonique d'une maladie, et l'on pensa que chaque affection des organes respiratoires devait avoir son cri particulier, qui devait l'annoncer à l'oreille de l'observateur. Cette marche quoique peu philosophique, est celle que notre esprit aime ordinairement à suivre; il tend en effet presque toujours à la généralisation des faits particuliers; ainsi ne nous étonnons pas, si nous voyons l'auteur de l'auscultation, lui-même, être le premier victime de cette loi. C'est après s'être engagé dans cette direction, que Laënnec distingue, par exemple, avec un grand soin, le *râle sous-crépitant* et le *râle crépitant sec à grosses bulles*, du *râle crépitant* proprement dit; car ayant trouvé un râle qu'il regardait comme pathognomonique de la pneumonie, il lui en fallait un autre pour l'œdème et un autre encore pour l'emphysème du poumon.

Voilà comment a pris naissance la tendance à l'augmentation continuelle des bruits perceptibles à l'auscultation, tendance qui, de nos jours, devient encore plus marquée que jamais. Dans l'impossibilité d'augmenter le cadre des affections des organes respiratoires, dont chacune avait déjà reçu de Laënnec un râle particulier, on a partagé chaque affection en plusieurs périodes, ayant soin d'assigner à chacun d'eux un râle différent. C'est ainsi qu'un médecin, non satisfait de la dénomination de *râle caverneux*, que l'on donne d'une manière générale au bruit provenant du déplacement des liquides contenus dans une caverne, juge convenable d'ajouter à la nomenclature consacrée dans la science, le nom de *râle cavernuleux*, qu'il destine au bruit provenant du déplacement des liquides dans les petites cavernes. C'est ainsi encore, qu'un autre médecin revendique pour lui la priorité dans l'*heureuse* dénomination *de craquement*, par laquelle il désigne le bruit de petites bulles provenant du déplacement des liquides dans l'affection tuberculeuse peu avancée. En vérité si on continue à marcher de la sorte, nous ne sommes pas loin de l'époque où quelques médecins non contents de la longueur de cette liste des bruits stéthoscopiques, voudront y ajouter encore d'autres noms, moins heureux peut-être que ceux dont nous venons de parler; et ayant déjà les râles *caverneux* et *cavernuleux*, *crépitant* et *sous-crépitant*, nous risquons d'avoir des râles *sus-muqueux*, *sous-muqueux*, ou des râles *proto*, *deuto* ou *trito-crépitants*. On n'a qu'un pas à faire pour arriver à ce ridicule; car si tout récemment on a osé représenter par des chiffres les nombreuses nuances que prennent les bruits anormaux de la respiration, le reste n'est pas impossible.

La plus grande erreur qu'on ait commise, relativement à l'auscultation, c'est de lui avoir attaché une importance trop exclusive, et de l'avoir regardée, pour ainsi dire, comme une science des bruits

Digitized by Google

dont chacun devait indiquer un état morbide différent. Ce qui est certain, et ce sur quoi nous voulons insister ici d'une manière particulière, c'est qu'il n'y a presque aucun râle qui ait une valeur bien déterminée et invariable, et qu'un râle étant donné, il est presque impossible de dire, d'après lui seul, le nom de la maladie à laquelle il correspond. Je défie qui que ce soit de pouvoir toujours distinguer, les yeux fermés, et sans interroger le malade, la plupart des cas de tubercules commençants, de la pneumonie au 1er degré, de l'œdème du poumon, de l'hémoptysie, ou même de l'emphysème pulmonaire. Le râle sibilant, ou le râle de corde de basse, n'indiquent pas plus une bronchite simple, qu'ils n'indiquent l'emphysème pulmonaire ou les tubercules, car on peut les entendre également dans ces trois maladies. Le souffle bronchique n'indique pas plus une hépatisation du parenchyme pulmonaire, qu'il ne prouve l'existence d'un épanchement pleurétique; les râles même qui paraissent plus particulièrement appartenir à telle ou telle autre affection, n'ont pas une valeur assez bien déterminée, pour que, d'après leur présence, on puisse dire, à coup sûr, le nom de la maladie. Le gargouillement, qui est en quelque sorte regardé comme un signe pathognomonique des excavations tuberculeuses, peut aussi être, à la rigueur, le résultat des abcès pulmonaires, ou l'effet d'une dilatation des bronches; enfin le tintement métallique lui-même peut être aussi bien le résultat d'une pleurésie avec épanchement, ou d'une fistule pulmono-pleurale, que l'effet d'une simple excavation pulmonaire.

Mais examinons encore la question des râles, sous un autre point de vue. Jusqu'ici, nous avons essayé de prouver que les bruits de l'auscultation n'ont aucune valeur absolue et bien déterminée dans le diagnostic des maladies, un seul râle pouvant appartenir, comme nous avons dit, à plusieurs maladies différentes. Voyons maintenant si les râles, par lesquels on croit pouvoir diagnostiquer des maladies différentes, présentent réellement assez de dissemblance pour qu'on puisse d'après eux faire d'une manière certaine le diagnostic des affections de poitrine. Examinons d'abord les bruits anormaux auxquels nous devons attacher la plus grande importance, parce qu'ils n'ont aucune analogie avec les bruits de l'état normal, je veux parler des râles occasionnés par le déplacement des liquides sécrétés par la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur des organes respiratoires. Ces râles se trouvent, d'après Laënnec, au nombre de quatre, savoir : le *gargouillement*, le *râle muqueux*, le *râle sous-crépitant* et le *râle crépitant*. Tous ces bruits ont-ils des caractères assez bien tranchés, pour qu'on puisse, d'après eux, faire le diagnostic des différentes formes des affections de poitrine? L'observation clinique répond encore négativement sur ce point.

L'étude la plus attentive des caractères du râle auquel Laënnec a donné le nom de *râle crépitant*, ne nous empêche pas de rencontrer souvent un râle tout à fait semblable dans d'autres maladies bien différentes de l'inflammation du parenchyme pulmonaire. D'un autre côté, ce que Laënnec avait appelé par le nom de *râle sous-crépitant*, et ce qui devait indiquer, selon lui, l'existence d'une bronchite ou de l'œdème du poumon, se trouve fréquemment dans la pneumonie; souvent même l'inflammation du poumon ne manifeste sa présence à l'attention d'un auscultateur que par des bulles assez grosses, pour qu'étant envisagées isolément, elles méritent le nom de *râle muqueux*, qui, d'après Laënnec, ne devait appartenir qu'à la bonchite. Ainsi, méfions-nous de cette exactitude avec laquelle quelques médecins prétendent pouvoir distinguer les différents râles, et d'en faire le diagnostic des maladies; car, le plus souvent, on ne juge de la différence des états morbides, que d'après la différence de l'expression de la maladie, et non d'après la nature des râles.

Il nous est arrivé quelquefois de rencontrer le même râle chez quatre malades, couchés l'un à côté de l'autre, affectés tous de maladies différentes; l'un d'eux était affecté de pneumonie, l'autre d'une bronchite simple, le troisième de l'œdème du poumon, et le quatrième de l'emphysème pulmonaire. Chez tous ces malades, le râle était à peu de chose près le même; et pourtant, chez le premier d'entre eux, on nommait ce râle *crépitant*, chez l'autre *muqueux*, chez le troisième *sous-crépitant*, enfin chez le quatrième, on lui donnait le nom de *craquement*. D'où vient cette différence dans la dénomination de râles qui étaient au fond les mêmes? Elle vient du désir de se conformer aux idées de Laënnec, d'après lequel chacune de ces maladies devait avoir un râle à part. Rien n'est plus embarrassant pour les médecins que de se plier toujours à ce système. Ainsi nous rencontrerons beaucoup de cas où les râles des tubercules ou de la bronchite, présenteront tout à fait les caractères du râle *crépitant* modèle, de Laënnec, et où nous ne trouverons d'autres motifs qui nous retiennent dans l'envie de leur donner alors ce dernier nom, que la crainte de faire prendre ces maladies pour une pneumonie, dont ce râle est, d'après Laënnec, la caractère pathognomonique.

Dans toutes les maladies dont nous venons de parler, les râles sont occasionnés par le déplacement des liquides sécrétés par la muqueuse des bronches, ou des vésicules pulmonaires. Mais lors même que les vésicules seraient elles-mêmes le siége de l'inflammation, les liquides sécrétés ne peuvent-ils jamais dépasser leur cavité, et se porter jusqu'aux bronches; y a-t-il quelque barrière qui les retienne constamment dans les cavités des vésicules? La quantité tant

Digitized by Google

soit peu considérable de matières sécrétées, les efforts de la toux elle-même, ne peuvent-ils pas produire quelquefois cette espèce de débordement? Refoulés ainsi dans les bronches, ne donneront-ils pas lieu nécessairement aux mêmes râles que s'ils étaient sécrétés directement par la muqueuse de ces conduits aériens? D'un autre côté, les liquides sécrétés ou exhalés primitivement dans les bronches, ne peuvent-ils pas retomber dans les vésicules pulmonaires, et donner lieu à des bruits semblables à ceux qui seraient produits par des liquides sécrétés primitivement dans la cavité des vésicules? Je crois que personne ne met en doute cette possibilité; on sera donc forcé d'admettre la proposition suivante: *Les râles ne peuvent point servir de signe pathognomonique à de nombreuses formes d'affections de poitrine, car les bulles d'un râle ne peuvent pas être prises entre les branches d'un compas, et se présenter toujours avec les mêmes dimensions dans les affections de la même espèce.*

Les réflexions auxquelles nous venons de nous livrer, n'atténuent en rien l'importance de l'auscultation; mais, pour bien juger les avantages de cette méthode, évitons les exagérations, et, au lieu de l'examiner au microscope des enthousiastes, bornons-nous aux sensations éprouvées par une oreille exercée et impartiale, armée tout au plus du stéthoscope. Ne soyons pas plus exigeants envers l'auscultation, que nous ne le sommes envers d'autres méthodes de diagnostic, et ne demandons pas plus à l'oreille que nous ne demandons à l'œil, lorsqu'il s'agit de faire l'application de ce sens au diagnostic des maladies.

Lorsque nous apercevons l'œdème des membres, la seule chose que nous pouvons soutenir après nous être bornés à l'examen oculaire, c'est qu'il y a de la sérosité dans le tissu cellulaire des membres; mais l'œil ne suffit plus, lorsqu'il s'agit d'en faire le diagnostic, c'est-à-dire lorsqu'il faut déterminer la cause de l'accumulation du liquide. L'inspection ne suffit pas pour nous apprendre si l'œdème est le résultat d'une affection organique du cœur, s'il est l'effet d'une affection du foie ou d'un obstacle à la circulation veineuse des membres, s'il est la conséquence d'un surcroît de l'exhalation, ou enfin s'il ne fait que coïncider avec une affection granuleuse des reins, etc. Pour donner cette précision au diagnostic, il faut interroger le malade sur la marche de sa maladie, il faut bien apprendre l'ordre de succession de tous les phénomènes qui se sont présentés dans son cours, et bien embrasser l'ensemble de l'état morbide dans son état actuel.

Il en est de même avec les bruits de l'auscultation, l'oreille peut nous apprendre, au moyen de différents râles, qu'il y a, par exemple, dans les conduits aériens, des liquides dont l'air produit le déplacement; mais elle ne peut plus suffire quand il s'agit de déterminer les causes de cet état pathologique; l'oreille ne pourra pas dire si ce liquide est du sang, si c'est du mucus, du pus ou de la matière tuberculeuse; elle ne pourra pas dire s'il s'agit de l'inflammation du parenchyme pulmonaire ou de la phlogose des bronches.

La respiration bronchique, de même que l'absence complète de la respiration, indique seulement l'imperméabilité des vésicules pulmonaires à l'air, mais cette imperméabilité est-elle occasionnée par une hépatisation pulmonaire, par un épanchement pleurétique, par l'atrophie du poumon, ou par une tumeur quelconque qui donnerait lieu à une obstruction plus ou moins complète des bronches principales? l'oreille seule est impuissante pour la solution de ce problème.

En résumé, l'auscultation nous fait connaître un grand nombre de bruits, pendant le passage de l'air à travers les organes respiratoires malades. Mais la connaissance de tous ces bruits est-elle également importante aux praticiens? nous ne le pensons pas, et c'est ce que nous essayerons de prouver dans cette partie de notre travail.

Si nous avions à apprécier le degré de puissance de l'oreille en matière de son application aux études cliniques, si nous avions à décrire tout ce dont l'oreille peut être capable, une fois qu'elle est dirigée sur cette voie de recherches, nous distinguerions avec soin toutes les nuances des nombreux bruits anormaux qui peuvent se faire entendre dans les maladies des organes respiratoires. Mais le but de l'auscultation, envisagée comme méthode de diagnostic, n'est point de faire l'étude des facultés de ce sens et de l'étendue de son action, il consiste à faire connaître de nouveaux signes inconnus jusqu'à l'introduction de cette méthode, au moyen desquels nous pouvons diagnostiquer les nombreuses variétés des affections des organes respiratoires. Or, les véritables signes de diagnostic, fournis par l'auscultation, ne sont pas aussi nombreux qu'on le pense ordinairement, et nous croyons qu'on peut rendre un véritable service aux praticiens, en élaguant du nombre de ces signes, ceux qui constituent un véritable luxe, ou qui n'ont qu'une importance secondaire, en se bornant à la description des signes pour ainsi dire constants.

Mais, de même que pour le diagnostic des affections de tous les autres organes, opéré au moyen de toutes les autres méthodes, il est nécessaire de faire intervenir le secours réciproque de ces méthodes, de même dans le diagnostic des affections des organes respiratoires, les résultats de l'auscultation, avant d'acquérir une certaine importance, ont besoin d'être appuyés de ceux qui nous sont fournis par d'autres méthodes. C'est la percussion qui va surtout

fournir à l'auscultation l'appui que nous désirons. Ainsi, on ne trouvera pas déplacé, qu'avant de faire la description des signes les plus fréquents et les plus positifs que nous donne l'auscultation, nous passions rapidement en revue les différents caractères fournis par la percussion dans l'examen des organes respiratoires malades.

§ II. *Jusqu'à quel point la percussion peut-elle servir par elle-même au diagnostic des affections des organes respiratoires?*

Il n'est pas dans notre intention de faire dans ce travail une description complète de la percussion, appliquée au diagnostic des affections du thorax; nous renvoyons pour ces détails aux traités spéciaux, tels que l'excellent *Traité de la percussion médiate*, de M. Piorry, et notre *Précis du diagnostic*. Nous nous contenterons de dire, que dans l'état normal des organes respiratoires, la percussion du thorax fournit un son clair particulier aux poumons, qui se fait entendre dans toutes les régions correspondant à cet organe. Parmi les différentes affections des organes respiratoires, la percussion ne concourt qu'au diagnostic de celles qui font subir quelques modifications dans la densité normale des poumons; ces affections peuvent être aigues ou chroniques. Parmi les premières, nous distinguons la pleurésie avec épanchement, et l'hépatisation pulmonaire, et parmi les dernières, la pleurésie avec épanchement, l'hépatisation pulmonaire, l'atrophie du poumon, l'emphysème pulmonaire, et le pneumothorax.

Dans tous les cas, excepté les deux derniers, la percussion donnera lieu au son mat, à cause de l'augmentation de la densité du poumon. Dans l'emphysème, au contraire, ainsi que dans le pneumothorax, le son sera plus clair qu'à l'état normal, à cause de la présence d'une quantité proportionnellement plus grande d'air.

Ainsi, toutes les fois qu'une personne, malade depuis peu de jours, présente à la percussion de la matité dans une certaine étendue du thorax, cette particularité indique l'existence d'une pleurésie avec épanchement, ou d'une hépatisation pneumonique, et il ne s'agit plus alors que de distinguer l'un de l'autre ces deux états morbides. Lorsque la matité occupe seulement la partie supérieure des poumons, on peut déjà admettre avec certitude qu'il s'agit d'une pneumonie; car l'épanchement pleurétique, comme tous les liquides, ira toujours occuper les parties les plus déclives. Les cas d'épanchement circonscrit à la partie supérieure, au moyen de fausses membranes, sont excessivement rares. Cette seule considération simplifiera déjà beaucoup le diagnostic.

Lorsque la matité occupe les parties inférieures des poumons, il est plus difficile de déterminer de prime abord si elle est le résultat d'une compression du poumon par l'épanchement, ou l'effet de l'hépatisation pulmonaire. Cependant, dans la plupart des cas, il suffira déjà de faire attention à l'expression de la maladie, pour distinguer ces deux états morbides entre eux.

L'absence d'expectoration, si elle ne suffit pas toujours pour distinguer la matité d'une pleurésie, de celle qui est due à l'hépatisation pulmonaire, peut déjà faciliter, au moins très-souvent, ce diagnostic. Enfin, celui-ci pourra encore être éclairci dans les cas douteux, par l'examen attentif de l'habitude et de la manière d'être du malade.

Il est rare, en effet, de trouver dans la pleurésie un rapport entre l'étendue de la matité et l'état de la respiration. Souvent on voit les malades affectés d'épanchements très-considérables, n'éprouver que peu de gène apparente de la respiration; on les voit se lever, changer de position et parler avec assez de facilité, tandis que si dans la pneumonie, on observe quelquefois un désaccord entre l'étendue de la matité et l'état de la respiration, ce désaccord se présente alors presque toujours sous une forme inverse de celle que nous venons de noter dans la pleurésie avec épanchement.

La matité existe-t-elle chez un sujet affecté d'une maladie chronique des organes respiratoires, elle indique également soit l'existence d'un épanchement pleurétique, soit l'hépatisation pulmonaire, ou enfin l'atrophie du poumon. Comment distinguer l'un de l'autre ces trois états différents?

La matité se présente-t-elle exclusivement au sommet, chez un sujet qui tousse depuis plus ou moins longtemps, elle indique, par la même raison que nous avons invoquée dans les affections aigues, une hépatisation pulmonaire, ou, en d'autres termes, l'affection tuberculeuse des poumons. Avant de passer plus loin, justifions ce diagnostic.

A côté d'immenses services rendus à la science par la médecine physiologique, on aperçoit de temps en temps de très-grandes erreurs, au nombre desquelles on doit compter ce principe général qui regarde l'inflammation comme la cause principale des altérations organiques et des cachexies. Dans l'opinion de cette école, la tuberculisation pulmonaire n'est qu'une forme de terminaison de l'inflammation chronique des bronches ou des poumons. La toux, qui commence ordinairement la carrière pathologique des tuberculeux, et qui est déjà le résultat de l'affection tuberculeuse commençante, n'est encore, dans l'esprit de cette école, que l'effet d'une simple inflammation qu'il est possible d'arrêter à volonté, et prévenir ainsi la tuberculisation.

Digitized by Google

Les partisans de l'école physiologique ne peuvent pas être satisfaits des lumières jetées par la percussion et l'auscultation sur le diagnostic de l'affection tuberculeuse commençante. De même que sous le rapport des symptômes rationnels, ils confondent la première période de cette affection avec la bronchite ou la pneumonie, ils attribuent aussi à ces deux maladies, les râles ou la matité, qui sont déjà l'effet de l'affection tuberculeuse commençante. Pour ces médecins, il n'y a de certitude de tuberculisation pulmonaire que lorsqu'il n'est plus possible de se défendre devant l'imminence d'une terminaison funeste.

Pour nous, qui avons étudié l'affection tuberculeuse avec impartialité, au point de vue de toutes les théories dominantes, cette affection nous paraît consister dans une cachexie qui peut éclater sur tel ou tel organe, comme sur plusieurs, ou sur tous les organes à la fois. Mais, partout où cette cachexie se déclare, elle présente toujours des caractères assez tranchés pour qu'il ne soit pas impossible de la reconnaître.

Lorsque la cachexie tuberculeuse affecte les organes respiratoires, elle offre pour caractère distinctif son siége d'élection au sommet des poumons. Tous les auteurs qui se sont occupés des affections des organes respiratoires, ont eu soin de noter cette particularité; elle fut signalée en premier lieu par Laënnec, et mise depuis hors de toute contestation.

Dans les cas observés par M. Louis, les tubercules étaient toujours *plus gros et plus avancés dans leur développement au sommet qu'à la base des poumons*, « de manière, dit M. Louis, que sur 123 cas de phthisie dont nous faisons l'analyse, nous n'avons trouvé que deux exceptions à cette règle. (*Recherches anat. pathol. sur la phthisie*. p. 2.)

Nous ferons remarquer que l'observation, qui est d'ailleurs la seule que M. Louis ait rapportée comme exemple de cette exception, est loin de la constituer d'une manière absolue; elle présente en effet un cas de tuberculisation aiguë, variété très-rare, et qui ressort par conséquent du cadre dont nous nous occupons dans le moment. En outre, s'il est vrai que dans cette observation un poumon était transformé vers la base en matière tuberculeuse, tandis que le sommet ne renfermait pas de tubercules, il est vrai aussi que le poumon opposé contenait beaucoup de tubercules au sommet, tandis qu'il n'y en avait que très-peu vers la base.

Si à ces résultats, nous ajoutons ceux auxquels nous sommes arrivés par nos propres observations, qui nous ont appris que, sur 150 cas de tubercules pulmonaires, l'affection commençait toujours par l'un des sommets avant d'envahir le reste des poumons, nous serons obligés de reconnaître dans cette région, un véritable siége d'élection que les tubercules affectent, comme la gale affecte les intervalles des doigts, ou, comme certaines éruptions affectent de préférence telle ou telle région de la peau.

D'un autre côté nous avons appris par l'examen attentif de soixante malades affectés de différentes formes de catarrhe chronique, telles que la bronchite simple ou compliquée d'emphysème, l'œdème des poumons, etc., nous avons appris, dis-je, que toutes ces formes de catarrhe chronique, ont une prédilection bien marquée pour les parties inférieures des poumons, de sorte que, dans le cas même où l'affection paraissait avoir occupé la totalité de la surface des organes respiratoires, elle était toujours plus marquée dans la moitié inférieure que vers les sommets des poumons.

Si nous comparons le résultat de nos observations faites sur les malades affectés de catarrhe chronique, avec celui auquel nous a conduit l'examen des tubercules pulmonaires, nous arriverons à cette conclusion importante pour les praticiens, que le lieu d'élection affecté par les tubercules diffère pour ainsi dire constamment de celui qu'affectent les différentes formes de catarrhe. Par conséquent, tous les autres caractères étant semblables d'ailleurs, on peut, d'après le siége occupé par ces affections, déterminer leur nature, de même que dans la dermatologie on distingue, par une considération analogue la gale, du prurigo, éruptions qui sous tous les autres rapports offrent entre elles beaucoup d'analogie.

D'après ce qui précède, il est facile de comprendre pourquoi la matité à l'un des sommets des poumons, ou aux deux sommets à la fois, indique pour nous l'existence des tubercules, lorsque le sujet chez lequel nous la rencontrons, est atteint d'une affection chronique des organes respiratoires. Cette matité ne peut dépendre que de la présence de fausses membranes épaisses qui coiffent quelquefois et dépriment les sommets des poumons, ou, ce qui arrive plus souvent, elle tient à l'hépatisation du parenchyme pulmonaire. Dans l'une comme dans l'autre de ces hypothèses, la matité ne sera pas moins toujours l'indice des tubercules pulmonaires.

Les pleurésies sèches, qui se bornent à l'exsudation de fausses membranes, occupent presque toujours les parties latérales des poumons; elles n'occupent exclusivement les sommets, que lorsqu'elles sont provoquées par quelque cause locale, telle que les plaies de cette région, ou, ce qui est beaucoup plus commun, l'irritation occasionnée par l'éruption des tubercules dans le parenchyme pulmonaire. Ainsi, voilà déjà un cas dans lequel la matité des sommets des poumons indique d'une manière certaine l'existence des tubercules, quoiqu'elle ne soit point occasionnée directement par leur présence. Dans l'hypothèse où la matité serait le résultat de l'hépatisation pulmonaire, elle indiquerait encore pres-

Digitized by Google

que toujours l'existence des tubercules ; car, malgré tout ce que les médecins de l'école physiologique ont dit sur la fréquence de l'hépatisation chronique simple, cette lésion ne constitue pas moins encore aujourd'hui une des formes les plus rares parmi les altérations des organes respiratoires, et il est encore plus rare de la rencontrer bornée exclusivement aux sommets des poumons.

D'après ce que nous venons de dire, on peut regarder, pour ainsi dire, comme une loi, que la matité au sommet d'un des deux poumons, chez un sujet qui tousse depuis un, deux ou trois mois, indique l'existence des tubercules. Cette matité ne dépendant pas des tubercules eux-mêmes, mais des altérations secondaires occasionnées par ces produits morbides, on ne doit pas être étonné si, dans quelques cas, on la rencontre déjà au début de l'affection tuberculeuse, à l'époque où ni le nombre ni le volume présumés des tubercules ne la feraient encore supposer. Ainsi, l'obscurité de son au sommet des poumons pourra déjà indiquer la présence des tubercules chez un sujet qui n'aura toussé que depuis plusieurs jours, pourvu qu'en même temps, il ne présente pas de symptômes rationnels de pneumonie. Plusieurs fois, en nous guidant d'après ce seul signe, nous avons pu diagnostiquer l'affection tuberculeuse dans le cours de la rougeole, quoique les malades n'eussent toussé que depuis l'invasion de cette éruption.

Avant de passer à l'application de la percussion au diagnostic des autres formes d'affections chroniques des organes respiratoires, nous voulons encore arrêter un instant l'attention de nos lecteurs sur l'importance de la percussion claviculaire. Dans la plupart des cas, en examinant la poitrine, on se borne à percuter les régions situées au-dessous des clavicules ; mais lorsqu'il s'agit de diagnostiquer les tubercules à leur origine, il est important de fixer surtout l'attention sur les régions par lesquelles cette altération débute pour ainsi dire constamment, c'est-à-dire sur les régions les plus élevées des poumons ; ainsi il faut percuter les clavicules. Cette percussion doit être pratiquée avec beaucoup de soin ; elle doit être très-douce, pour que les vibrations, excitées par le choc, ne dépassent pas les parties malades, et ne soient pas masquées par la résonnance des portions voisines qui sont encore saines ; elle doit être pratiquée comparativement des deux côtés, et, dans les deux cas, de la même manière, tant sous le rapport de la force des coups, que sous celui de la disposition des doigts employés à la percussion. Il serait même utile de pratiquer cette percussion comparative, alternativement, d'une manière médiate et immédiate, avec et sans plessimètre. Le diagnostic n'aura que plus de force, lorsqu'au moyen de ces procédés différents, on arrivera constamment au même résultat.

Lorsque la matité occupe exclusivement les parties déclives du thorax, il faudra s'assurer, avant tout, de l'état des organes abdominaux, explorer le ventre, pour savoir s'il n'y a pas d'épanchement, examiner le foie, la rate, etc. Dès qu'on sera convaincu de l'état normal de ces parties, on pourra être certain que la matité en question est due, soit à une hépatisation chronique, soit à un épanchement pleurétique, soit enfin à une atrophie du poumon correspondant.

L'hépatisation chronique du poumon sans tubercules, lésion d'ailleurs des plus rares, est toujours accompagnée d'une expectoration plus ou moins abondante ; cette circonstance, jointe à l'absence des signes qui caractérisent les deux autres affections, avec lesquelles on pourrait la confondre, facilitera beaucoup le diagnostic de cet état morbide.

La matité d'un épanchement pleurétique est souvent accompagnée d'une dilatation plus ou moins considérable du côté correspondant, et d'insensibilité des vibrations de la voix à la main appliquée sur le côté correspondant à la maladie, au moment où le malade parle : enfin elle est susceptible de déplacement.

La matité des régions déclives du thorax s'observe encore dans l'atrophie du poumon, qui survient très-souvent à la suite d'épanchements très-abondants.

Il sera difficile de confondre cette matité avec celle des deux lésions précédentes ; il suffira de songer à l'affaissement des parois correspondantes du thorax, qui accompagne cette altération du poumon, et qui n'empêche pas pour cela ordinairement les personnes qui en sont atteintes, d'offrir toutes les apparences d'une parfaite santé.

C'est à tort que l'on attribue à Laënnec la première description détaillée de cette altération du thorax, car déjà, avant lui, elle avait été décrite avec le plus grand soin par M. Larrey, comme on peut en juger d'après le passage suivant.

« Le premier travail spontané de la nature, après l'évacuation du liquide, est de faire rapprocher les parois molles et mobiles, qui sont écartées; c'est ce qui s'opère par les lois de la contractilité, de l'élasticité et de la force des tissus. L'espace se réduit dans des proportions relatives ; la réduction se continue graduellement par le développement des vaisseaux capillaires des plèvres, des médiastins, du diaphragme, peut-être aussi d'une portion du poumon; les muscles intercostaux, dont l'action devient inutile, perdent leur faculté contractile ; les côtes se rapprochent, les cartilages perdent de leur courbure, et se dépriment vers la cavité thoracique ; le travail de l'ossification du sternum et des côtes

Digitized by Google

éprouve un tel changement, que les arcs osseux, dont la courbure semble diminuer, augmentent d'épaisseur et prennent une forme cylindrique, ce qui contribue à la réduction du vide; enfin, toutes les forces organisatrices concourent, par ce travail de convergence, à faire disparaître par degrés cet espace considérable que laissent le sang, le pus, ou la sérosité épanchée dans la cavité thoracique. Les parois s'entretouchent, contractent une adhésion mutuelle, ou une cicatrisation intérieure qui termine la maladie, et rétablit le sujet dans son état de santé ordinaire » (*Mémoires de Chirurgie Milit.*, tome III, p. 445. Paris, 1812).

Le déplacement consécutif des vertèbres, décrit plus récemment avec soin par Delpech avait déjà également été noté par M. Larrey. « Les vertèbres s'étaient portées en avant, en formant une courbure opposée à celle qu'elles forment ordinairement; la portion du sternum de ce côté s'était également affaissée » (p. 483).

Enfin M. Larrey fit représenter sur une planche coloriée le squelette du thorax ainsi déformé.

La marche de la maladie suffira presque toujours à elle seule pour distinguer l'emphysème pulmonaire du pneumo-thorax ; à cette considération, nous pourrions encore en ajouter une autre, savoir que l'emphysème occupe le plus ordinairement les deux côtés du thorax, tandis que le pneumo-thorax est généralement circonscrit à un seul côté.

Après cet exposé des résultats de la percussion appliquée au diagnostic des affections des organes respiratoires, personne ne pourra plus douter de l'importance de cette méthode, et tout le monde sera obligé de reconnaître qu'elle suffit quelquefois par elle-même au diagnostic de ces affections.

Mais, en commençant ce paragraphe, nous avons eu soin de faire remarquer que la percussion n'est applicable qu'au diagnostic des affections qui font subir quelques modifications sensibles à la densité des poumons.

Les maladies que nous venons de passer jusqu'ici en revue sont loin de remplir le cadre des affections des organes respiratoires. Dans celles dont il nous reste à parler, la percussion ne prête plus aucune lumière au diagnostic; elles sont toutes du domaine de l'auscultation.

L'étude de la percussion étant incomparablement plus facile que celle de l'auscultation, on comprendra sans doute le motif qui nous a engagés à parler d'abord de cette méthode. La percussion pouvant en effet suffire par elle-même au diagnostic de beaucoup d'affections des organes respiratoires, c'est par elle que nous commencerons toujours l'examen de nos malades, et nous n'aurons besoin de recourir à l'auscultation, que pour les cas où la percussion devient insuffisante. Procéder de cette manière, c'est faciliter considérablement le diagnostic des affections des organes respiratoires, c'est rendre un véritable service aux praticiens, qui souvent n'ont pas assez de temps pour s'exercer à reconnaître tous les signes fournis par l'auscultation. Nous verrons dans le paragraphe suivant qu'il est possible de faciliter encore davantage ce diagnostic, en envisageant les bruits de l'auscultation d'une manière plus philosophique qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

§ III. *Des modifications de la respiration normale et de la division rationnelle des bruits anormaux.*

Avant d'entreprendre l'étude des bruits anormaux de la respiration, il est indispensable d'avoir une idée nette des bruits normaux. Ces bruits, nous l'avons déjà dit dans notre *Précis du diagnostic*, sont au nombre de deux : *bruit d'inspiration*, plus long, plus fort, plus bruyant, et *bruit d'expiration*, plus court et faible, se laissant à peine entendre chez quelques personnes. Cet ordre et cette proportion des bruits respiratoires sont subordonnés à la densité et à la perméabilité des poumons.

Toutes les fois que le parenchyme pulmonaire devient plus ou moins imperméable à l'air, le bruit expiratoire devient plus long, et il se rapproche de plus en plus des caractères du bruit inspiratoire; quelquefois même il le peut dépasser dans sa force et durée, lorsque les conditions anatomiques qui le favorisent, deviennent très-prononcées.

Ainsi, toutes les fois qu'un poumon devient imperméable, soit à la suite de l'hépatisation de cet organe, soit à la suite de sa compression, au moyen d'un épanchement plus ou moins abondant, le bruit d'expiration devient plus long qu'à l'état normal ; quelquefois il égale en durée le bruit d'inspiration; quelquefois même, la proportion qu'on observe entre ces deux bruits, à l'état normal, est pour ainsi dire complétement renversée.

Dans le phénomène qu'on appelle le *souffle bronchique*, cette prolongation du bruit expiratoire est généralement très-prononcée, et il en est encore de même du *souffle caverneux*.

Si cette prolongation anormale du bruit expiratoire ne s'observait pas ailleurs que dans les circonstances que nous venons de mentionner, nous pourrions dire dès à présent que son étude ne doit pas présenter beaucoup d'importance aux praticiens, qui savent déjà, par d'autres signes plus positifs et très-faciles à saisir, reconnaître l'existence d'une hépatisation pulmonaire simple ou tuberculeuse, ou celle d'un épanchement pleurétique.

Mais, dans ces derniers temps, on a attaché une grande importance au prolongement du bruit expi-

Digitized by Google

ratoire, en le donnant comme un caractère très-commun des tubercules pulmonaires commençants.

D'après ce que nous avons dit sur les causes les plus fréquentes du prolongement du bruit expiratoire, on pourrait déjà présumer *à priori*, que ce signe ne devrait se montrer, dans le cours des tubercules pulmonaires, que lorsque cette affection serait assez prononcée pour rendre le poumon imperméable soit par le nombre considérable de tubercules, soit par l'hépatisation consécutive à leur irruption. L'observation clinique n'a point encore donné de démenti à ces prévisions.

L'anatomie pathologique nous ayant appris que l'affection tuberculeuse des poumons est rarement bornée à un seul de ces organes, quoiqu'ils ne soient jamais affectés au même degré, il nous a été facile de faire le raisonnement suivant : Si le prolongement du bruit expiratoire était réellement un signe certain des tubercules naissants, l'indice d'une phthisie pour ainsi dire *embryonnaire*, ce caractère devrait se rencontrer presque constamment au sommet du poumon opposé à celui qui présente déjà des signes de tubercules bien avancés dans leur développement. Pour éclaircir cette question, nous avons soumis un grand nombre de malades à un examen attentif, et voici quel a été le résultat de nos recherches.

Si nous exceptons un petit nombre de cas, en général, lorsque nous avons constaté la prolongation du bruit expiratoire au sommet du poumon opposé à celui qui offrait des signes certains d'une atteinte tuberculeuse plus ou moins profonde, il y avait là déjà quelques autres indices de l'imperméabilité du poumon à l'air. Ainsi, la résonnance, quoique en apparence encore bonne, lorsqu'on se bornait à juger d'elle d'après la comparaison avec celle du côté opposé, manquait déjà de cette élasticité qui caractérise l'état normal, et qui peut servir de caractère distinctif pour celui qui en a l'habitude. Souvent même on pouvait déjà distinguer le commencement de la formation des bulles, surtout, lorsque pour examiner la respiration profonde, on faisait tousser les malades.

Il résulte donc de nos recherches, que la prolongation du bruit expiratoire est réellement un des caractères qu'on rencontre le plus constamment dans l'affection tuberculeuse. Cependant, cette prolongation du bruit expiratoire n'étant que le résultat de l'imperméabilité du poumon à l'air, ne peut servir de signe des tubercules, qu'à une époque où ces produits morbides auraient déjà provoqué consécutivement d'autres altérations capables de rendre le poumon imperméable à l'air. Mais alors, la valeur du signe dont nous parlons diminue considérablement, vu que la percussion bien pratiquée nous fournit déjà de son côté des signes de cette imperméabilité, et que l'auscultation nous présente aussi très-souvent, pour reconnaître cet état, d'autres signes plus généraux et plus faciles à saisir. Si nous ajoutons qu'il y a d'autres affections que les tubercules pulmonaires où l'on peut également trouver la même prolongation du bruit expiratoire, nous serons obligés de reconnaître que ce signe est loin d'avoir cette importance qu'on a voulu lui attacher dans ces derniers temps. Loin de nous l'idée de rayer ce signe du nombre des différents caractères que peut offrir la respiration anormale ; il constitue une des formes des nombreuses modifications de la respiration qui sont du domaine de l'auscultation envisagée comme science. Mais notre intention étant, dans ce travail, de réduire autant que possible le nombre de bruits anormaux de la respiration, pour faciliter aux praticiens l'étude de l'auscultation, nous sommes obligés de nous restreindre dans la description de ces bruits, et nous borner seulement à l'exposition de ceux qui, étant bien tranchés et très-faciles à saisir, n'indiquent pas moins bien l'existence d'un état pathologique des organes respiratoires.

Les bruits de la respiration normale peuvent quelquefois manquer complétement dans une certaine étendue du poumon, sans être remplacés par aucun bruit anormal. Ainsi, la respiration vésiculaire est pour ainsi dire nulle dans certains cas d'emphysème pulmonaire ; elle est encore nulle dans un grand nombre d'épanchements pleurétiques, dans l'obstruction des bronches ou de la trachée par quelques productions étrangères, telles que des concrétions de sang, de pus, des crachats, des calculs, des polypes, etc.

Il est important de savoir reconnaître l'absence de la respiration, vu que dans beaucoup de cas au moins, lorsque ce phénomène a lieu, il n'est accompagné par aucun râle particulier, et qu'il n'y aura que les résultats de la percussion et l'état général du malade qui pourront déterminer sa valeur.

Enfin, au lieu de présenter seulement quelques modifications dans la force et la durée de ses deux bruits, ou au lieu de manquer plus ou moins complétement, la respiration peut être accompagnée ou remplacée par des bruits anormaux qui diffèrent totalement des caractères qu'elle présente à l'état normal. Ces bruits anormaux sont généralement connus sous le nom de *râles*.

Laennec a décrit plusieurs variétés de râles, et les a désignés sous les noms de râles *caverneux*, *muqueux*, *crépitant*, *sous-crépitant*, *sibilant*, *ronflant*, *corde de basse*, *roucoulement de tourterelle ;* sous les noms de *craquement*, de *frottement*, etc.

D'autres observateurs crurent devoir augmenter ce nombre de râles. Ainsi, M. Hirtz désigne par le nom de râle *cavernuleux*, un râle qui tiendrait,

Digitized by Google

d'après lui, le milieu entre le gargouillement et le râle muqueux, et indiquerait l'existence de petites cavernes. D'après M. Fournet, les râles vésiculaires seuls doivent déjà avoir au moins cinq variétés : 1° Râle humide à bulles continues de la congestion sanguine active des poumons; 2° râle sous-crépitant de l'œdème pulmonaire; 3° râle sous-crépitant du catarrhe pulmonaire aigu capillaire; 4° râle crépitant de retour de la pneumonie; 5° râle crépitant primitif de la pneumonie.

Nous félicitons M. Fournet de son talent à pouvoir diagnostiquer d'après l'expression seule des râles, le catarrhe pulmonaire, et de savoir le distinguer ainsi de l'œdème du poumon et de la pneumonie au premier degré, mais aussi nous pouvons affirmer que, si la division des râles établie par cet honorable confrère, est l'expression d'une observation clinique attentive, il est le seul de sa force.

Ceux de nos lecteurs qui auront lu attentivement les longues discussions théoriques auxquelles se livre M. Fournet, au sujet de tous ces râles, reconnaîtront sans peine avec nous, que ce n'est point un nombre plus ou moins considérable de bulles, la pression des unes contre les autres, leur rondeur plus ou moins régulière, ou leur inégalité plus ou moins grande, qui peuvent servir au praticien de caractères distinctifs dans le diagnostic des affections des organes respiratoires.

Tous ces bruits, malgré quelques nuances secondaires, qui, à défaut de constance, ne pourraient jamais leur servir de caractère distinctif, possèdent un caractère général commun à tous, savoir, la formation des bulles, de même que d'autres râles admis par Laënnec sous les noms de râles *sibilant*, *ronflant*, *corde de basse*, *frottement pleurétique*, etc., ont pour caractère commun l'existence des vibrations plus ou moins fortes, capables de se faire sentir quelquefois à la main.

Cette considération nous fournit l'occasion d'abréger considérablement la liste des râles, et de rendre par conséquent l'application de l'auscultation à la pratique beaucoup plus facile, en ne distinguant que deux variétés principales de râles, à la place de tous ceux qui ont été décrits par Laënnec et par ses successeurs. Ces râles, nous les désignerons par les noms de *râle bullaire* et de *râle vibrant*. Nous ajouterons à ces deux variétés de bruits, le *tintement métallique*, à cause des caractères qui ne sont propres qu'à lui seul. Ces trois variétés de bruits feront les frais du diagnostic de toutes les affections des organes respiratoires.

§ IV. *Du râle bullaire.*

Pour avoir une juste idée du *râle bullaire*, il faut d'abord l'étudier dans ce qu'on appelle ordinairement le *gargouillement*; en effet, dans ce phénomène, l'oreille distingue de grosses masses de liquides qui se laissent agiter facilement pendant le passage de l'air, et lui donnent la sensation de grosses bulles. Qu'on descende ensuite à d'autres variétés de râles, et l'on pourra également distinguer des bulles dans ce qu'on a appelé les râles *muqueux*, *crépitant* et *sous-crépitant*. Quoique le timbre de ces bruits soit susceptible de varier, quoique étant quelquefois très-sec, il les rend semblables en quelque sorte au craquement d'un morceau de parchemin; on y distinguera encore l'existence des bulles provenant du déplacement des liquides.

Outre les variétés dont nous venons de parler, Laënnec en avait encore distingué une, à laquelle il avait donné le nom de *râle crépitant sec à grosses bulles*, ou celui de *craquement*. Ce râle a été destiné par l'immortel auteur de l'auscultation, à désigner l'emphysème intervésiculaire; et en effet, on le rencontre très-souvent dans la maladie connue sous le nom d'emphysème. Mais en attribuant ce bruit au passage de l'air, dans le tissu cellulaire intervésiculaire, Laënnec a sacrifié évidemment le résultat de l'observation clinique à la théorie, et surtout à cette idée qui domine partout dans son traité de l'auscultation, dans l'esprit de laquelle chaque affection des organes respiratoires aurait un cri particulier qui trahirait sa présence à l'oreille de l'observateur. Le râle auquel Laënnec donna le nom de *craquement*, se compose d'une traînée assez étendue de bulles sèches, lesquelles, en supposant qu'elles fussent dues au passage de l'air dans le tissu cellulaire intervésiculaire, devraient nous faire présumer l'existence de longues et larges crevasses dans l'intérieur du poumon emphysémateux; or nous n'avons jamais rencontré une pareille lésion dans les poumons emphysémateux, quoique nous ayons entendu ce râle de la manière la plus distincte. D'un autre côté, le caractère évidemment bullaire de ce râle, nous engage à le ranger à côté des variétés précédentes, et à l'attribuer également au déplacement des liquides sécrétés par la membrane muqueuse des bronches, dont l'inflammation constitue la base de la forme la plus commune de l'emphysème pulmonaire.

Tous les râles que nous venons de passer en revue constituent autant de variétés distinctes, pour tous ceux qui ont admis l'opinion de Laënnec sans aucun examen. Pour nous, au contraire, tous ces râles, de même que ceux qu'on a voulu plus récemment ajouter à leur nombre, ne constituent qu'un seul genre, c'est-à-dire le *râle bullaire*. Le timbre sec ou humide qui distingue souvent ces râles, n'est qu'un caractère secondaire dépendant du degré de viscosité des liquides. En général, plus

Digitized by Google

les liquides contenus dans les voies aériennes sont visqueux, plus les bruits qui résultent de leur déplacement sont secs ou craquants, de sorte que les grosses bulles du gargouillement peuvent quelquefois produire l'effet du craquement, comme d'un autre côté, des bulles très-petites peuvent produire à l'oreille la sensation du déplacement des liquides.

Toutes les fois qu'en auscultant un malade avec attention, on aura la certitude d'entendre un bruit anormal, la seule chose que l'on devra chercher, sera l'impression de la forme qu'il produit sur l'oreille, c'est-à-dire s'il se présente comme des bulles ou comme des vibrations. Que ce bruit ressemble à un craquement, à un claquement, à un pétillement, à un déchirement, etc., qu'il se présente en un mot sous toutes les expressions possibles, c'est le caractère de bulles ou de vibrations qui doit seul intéresser le praticien.

Une fois que l'on aura déterminé l'existence des bulles, la tâche de l'auscultation sera accomplie; elle ne pourra plus fournir aucun appui au diagnostic, si ce n'est que, dans certains cas au moins, elle nous permet encore de déterminer le degré de la maladie d'après le volume des bulles qui auront indiqué sa présence.

§ V. *Du diagnostic des affections des organes respiratoires au moyen du râle bullaire.*

Les bulles étant le résultat du déplacement des liquides, le râle bullaire indique nécessairement un travail pathologique à l'endroit où il se présente, car à l'état normal, la surface des voies aériennes n'est que légèrement lubrifiée, comme le sont toutes les muqueuses, mais elle ne présente point des liquides susceptibles de se laisser déplacer par le passage de l'air. Toutes les fois donc que l'on entendra distinctement le *râle bullaire*, on pourra être certain de l'existence d'un état pathologique; il ne s'agira ensuite que de déterminer sa nature, ce qui n'est pas non plus excessivement difficile.

L'état pathologique dont le *râle bullaire* indiquera la présence, ne peut point sortir du cadre des affections qui sont caractérisées par quelques modifications dans la sécrétion ou l'exhalation de la muqueuse des voies aériennes. Ces affections sont surtout, parmi les maladies aiguës : la bronchite et la pneumonie; parmi les maladies chroniques: la bronchite chronique, l'emphysème, les tubercules et l'œdème du poumon. Pour mieux remplir ce cadre, nous pourrions encore ajouter l'hémoptysie et l'apoplexie pulmonaire, mais l'examen des crachats, ainsi que les renseignements fournis par le malade, suffisent déjà pour réduire ce diagnostic à sa plus grande simplicité. Les râles bullaire ou vibrant n'auraient ici aucune valeur sans ces renseignements; avec eux ils servent au contraire à préciser le siége de la maladie.

Pour faire le diagnostic au moyen du *râle bullaire*, on doit en premier lieu s'assurer si l'affection est aiguë ou chronique.

Diagnostic des affections aiguës des organes respiratoires. — La maladie n'a-t-elle que quelques jours de durée, est-elle caractérisée par un point de côté ou une expectoration rouillée, safranée, etc.? on ne peut avoir aucun doute sur l'existence d'une pneumonie : le râle bullaire indiquera que l'affection est au premier degré et servira à préciser le siége et l'étendue de la maladie.

Dans l'absence des crachats caractéristiques et même dans l'absence de la douleur de côté, le râle bullaire pourra encore servir au diagnostic de la pneumonie, si, chez le malade, chez lequel on distingue ce râle, la percussion avait déjà donné lieu à la matité. En effet, ce dernier phénomène ne pouvait dépendre, comme nous l'avons dit *plus haut*, que d'une hépatisation pulmonaire, *ou d'un* épanchement pleurétique. La présence du *râle bullaire* fournissant une nouvelle preuve, que l'affection occupe le parenchyme pulmonaire, exclut l'idée d'un épanchement pleurétique, et fait diagnostiquer une pneumonie. Dans tout autre cas le râle bullaire indiquera l'existence d'une bronchite.

Au lieu de faire le diagnostic de la bronchite par la voie d'exclusion, on pourra le faire souvent immédiatement, lorsque chez un malade, chez lequel la percussion ne fournit point de matité, on aura entendu le *râle bullaire* dans les deux poumons à la fois; et surtout lorsque le *râle bullaire* aura occupé pour ainsi dire toute la hauteur des poumons et aura été accompagné de *râle vibrant*. Cette particularité ne se rencontre jamais dans la pneumonie proprement dite. L'inflammation du parenchyme pulmonaire n'est jamais aussi diffuse; elle est généralement circonscrite à un seul poumon, et même à une portion seulement de cet organe; et lorsqu'elle envahit les deux à la fois, elle n'occupe jamais non plus qu'une portion de l'étendue de chacun d'eux.

Il n'y a que quelques rares variétés de pneumonies qui peuvent être exceptées de cette loi générale, je veux parler des pneumonies lobulaires si communes chez les enfants, dans les fièvres éruptives, et surtout dans la rougeole. Mais dans ce cas encore, si l'inflammation du parenchyme pulmonaire occupe des points assez nombreux, en somme elle est peu étendue et circonscrite à un certain nombre de lobules pulmonaires. Dans ce cas, le râle bullaire se présente ordinairement sous forme de petites bulles qui prouvent évidemment que le travail morbide a lieu, si non dans les vésicules pulmonaires, du moins dans les bronches ca-

Digitized by Google

pillaires. Très-souvent on sera obligé, il est vrai, d'hésiter entre le diagnostic d'une bronchite capillaire et celui d'une pneumonie; mais aussi, il serait impossible de donner plus de précision au diagnostic, même en employant toutes les ressources de l'auscultation envisagée d'après Laënnec.

La même incertitude aura lieu encore dans quelques cas assez ordinaires, où malgré la violence de fièvre, qui ferait supposer l'existence d'une pneumonie, on n'observe point de douleur de côté ni de crachats qui caractérisent cette affection, et où pour tout signe, on ne trouve que du râle bullaire. L'expérience nous a encore fourni un guide dont nous avons l'habitude de nous servir toujours dans des circonstances semblables; ce guide consiste dans l'étendue du travail morbide; toutes les fois que nous n'entendons de râle bullaire que d'un seul côté du poumon, nous diagnostiquons une inflammation circonscrite du parenchyme pulmonaire. Nous regardons au contraire la maladie comme une bronchite capillaire, lorsque le râle bullaire se laisse entendre dans les deux côtés à la fois.

Diagnostic des affections chroniques des organes respiratoires. — Les affections chroniques des organes respiratoires donnent lieu également à une sécrétion et à une exhalation plus ou moins abondante des liquides, tels que du mucus, du pus, de la sérosité, etc. Tous ces liquides sont susceptibles de se laisser déplacer pendant le passage de l'air et donnent lieu au *râle bullaire.*

Pour faire au moyen de ce râle le diagnostic différentiel de toutes ces affections, nous aurons besoin de recourir aux mêmes lois qui nous ont déjà guidé dans le diagnostic des affections aiguës. Ces lois étant fondées sur les résultats d'une longue observation clinique et sur les observations de l'anatomie pathologique, doivent nous inspirer beaucoup de confiance. L'expérience prouvera par la suite à tous les praticiens, que le diagnostic fait au moyen de l'auscultation réduite ainsi à ces premiers éléments, n'est pas moins exact que celui auquel on aurait pu arriver avec tous les râles connus jusqu'ici, et dont le nombre rend si difficile l'application de l'auscultation à la pratique.

Parmi les affections chroniques des voies aériennes les principales sont : les tubercules, la bronchite chronique, l'emphysème et l'œdème du poumon.

Nous pensons avoir insisté suffisamment sur la nature particulière de la tuberculisation, qui la distingue d'une simple inflammation des bronches et du parenchyme pulmonaire. Nous n'aurons rien également à ajouter à ce que nous avons dit ailleurs, du lieu d'élection qu'affectent pour ainsi dire constamment les tubercules; toutes ces considérations que nous avons exposées en nous occupant de la percussion trouvent encore ici leur application.

Toutes les fois que nous entendons le *râle bullaire* chez un malade affecté de toux chronique, nous notons avec soin les points où ce râle se fait entendre. Lorsque la poitrine résonne bien, et que nous trouvons le râle bullaire à la base d'un poumon, ou, ce qui arrive plus souvent, à la base de tous les deux, nous diagnostiquons une *bronchite chronique simple.*

Si la poitrine résonne au contraire plus fort qu'à l'état normal, et si le thorax est en même temps très-développé, la présence du *râle bullaire* à la base des poumons indique pour nous l'existence de l'*emphysème pulmonaire.*

Enfin les mêmes signes qui nous ont servi au diagnostic d'une simple bronchite, nous feront diagnostiquer l'*œdème des poumons,* lorsque le malade aura offert quelques dispositions à cet état morbide; lorsqu'il aurait été, par exemple, affecté d'anasarque, d'hydropisie, etc. Nous ferons seulement observer, que dans cette dernière circonstance, les liquides exhalés par la membrane muqueuse des vésicules, étant plus abondants que ceux qui sont sécrétés dans une bronchite, il n'est pas rare de trouver un peu d'obscurité de son à la percussion. Cette particularité pourrait d'ailleurs tenir également à l'accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire intervésiculaire, et à la compression des vésicules.

Passons maintenant au diagnostic des tubercules. Règle générale : toutes les fois que nous entendons du *râle bullaire* au sommet des poumons chez une personne affectée de toux chronique, nous diagnostiquons les *tubercules pulmonaires* (1). Souvent le *râle bullaire* ne fait que confirmer le diagnostic qui était déjà établi par la percussion, par laquelle il est indispensable de commencer l'examen; mais dans beaucoup de cas aussi cette dernière méthode ne fournira encore aucun indice de l'affection tuberculeuse, et l'honneur du diagnostic sera réservé en entier à l'auscultation.

Dans les cas de ce genre le *râle bullaire* peut seul être regardé comme un signe certain de l'affection tuberculeuse. Les bulles qui le composent peuvent offrir un volume plus ou moins considérable, depuis celui du grain de millet jusqu'à celui des avelines, des noix, etc. Le bruit qui accompagne la

(1) Chez les enfants les tubercules affectent très-souvent les ganglions bronchiques avant d'envahir les poumons. Cette circonstance doit nous engager à examiner chez eux attentivement la région correspondant à la bifurcation des bronches où se trouvent situés les ganglions bronchiques. Toutes les fois que l'on entendra du râle bullaire borné exclusivement à cette région, on pourra diagnostiquer les tubercules.

Digitized by Google

formation des bulles, peut aussi prendre des nuances variées depuis un bruit fin, sec et craquant, jusqu'au bruit de véritable flot de liquide. Lorsque l'affection tuberculeuse n'est encore que commençante, les bulles de ce râle sont encore très-petites et difficiles à distinguer à un examen superficiel. Nous conseillons de ne jamais négliger de faire tousser les malades et d'ausculter attentivement pendant la toux les régions les plus élevées des poumons. Plus d'une fois il nous est arrivé de diagnostiquer, après cet examen, les tubercules pulmonaires dont rien jusqu'alors ne faisait soupçonner l'existence. Pendant cette exploration l'attention du médecin ne pourra jamais être trop absorbée par l'examen des poumons. Souvent ce n'est qu'après des efforts réitérés que l'on arrive en explorant la toux, à distinguer un *râle bullaire*, donnant lieu à un bruit analogue à celui que donne la salive pressée avec la langue contre les dents, lorsqu'on tient la bouche fermée.

L'importance du râle bullaire aussi peu développé, est très-grande, car il se présente presque dès le début de l'affection tuberculeuse, et certes c'est la seule époque où il soit possible d'espérer quelque chose dans une maladie aussi terrible.

C'est à tort que quelques auteurs, même parmi les médecins les plus distingués, prétendent que les tubercules, tant qu'ils sont à l'état de crudité, ne donnent point lieu aux râles provenant du déplacement des liquides.

« Tant qu'il n'y a point de ramollissement des tubercules, dit M. Andral, le bruit respiratoire n'est, le plus souvent, que modifié dans son intensité, mais sa pureté n'est point altérée par les râles. A cette époque de la maladie on ne trouve rien par l'auscultation qui indique un état morbide de la membrane muqueuse des bronches, preuve, entre plusieurs autres, que cette membrane n'est irritée que d'une manière sympathique, tant que les tubercules sont encore à leur état de crudité, et que ce n'est point son inflammation qui, en se propageant aux vésicules aériennes ou au tissu du poumon, va donner naissance aux tubercules (1). »

Nous adoptons entièrement les conclusions de M. Andral; comme ce savant professeur, nous pensons que ce n'est point l'inflammation de la muqueuse des bronches qui, en se propageant aux vésicules aériennes ou au tissu pulmonaire, donne lieu aux tubercules. Mais, par cette même raison que les tubercules existent presque toujours avant le développement de la bronchite, dont on rencontre presque constamment des traces dans le cours de cette maladie, nous serions déjà portés à ne pas être de l'avis de M. Andral, lorsqu'il dit que, tant qu'il n'y a pas de ramollissement des tubercules, la pureté des bruits respiratoires normaux n'est point altérée par des râles. Il est difficile de comprendre qu'un grand nombre de tubercules puisse se développer dans les poumons, où ils constituent de véritables corps étrangers, sans produire une irritation plus ou moins forte dans le parenchyme, qui se trouve de toutes parts pressé, refoulé, et dont les différents éléments anatomiques doivent nécessairement éprouver plus ou moins de gêne dans l'exercice de leurs fonctions. A moins d'admettre une éruption excessivement lente et progressive, on ne peut pas supposer que ces corps étrangers, au contact desquels les poumons n'étaient point habitués, sachent rester inoffensifs, et qu'ils ne produisent point une irritation qui doit nécessairement rendre la sécrétion bronchique ou vésiculaire, plus abondante qu'à l'état normal, et susceptible de former des bulles pendant le passage de l'air.

Mais lorsqu'il s'agit de combattre les opinions d'un observateur aussi distingué que M. Andral, le raisonnement serait une arme presque impuissante; il est indispensable d'avoir recours aux faits. Ces faits d'ailleurs, ne peuvent être choisis, que dans la classe des tubercules aigus, où la marche de la maladie est assez rapide pour empêcher leur ramollissement.

Les observations de phthisie aiguë sont assez rares, cependant, lorsqu'on analyse avec soin celles qui ont été rapportées par les auteurs comme exemples de cette forme d'affection tuberculeuse, on en rencontre déjà quelques-unes, où, malgré la crudité des tubercules, on distinguait pendant la *respiration* les différentes nuances des bruits auxquels donne lieu le déplacement des liquides.

L'observation 33 de l'ouvrage de M. Louis sur la phthisie tuberculeuse, présente, entre autres, un bel exemple de cette coïncidence : la maladie n'a duré en tout que trente-cinq jours et la toux ne s'est déclarée que vingt-cinq jours, avant la mort. Les deux poumons contenaient un grand nombre de granulations grises demi-transparentes, et de petites masses tuberculeuses non ramollies : une seule excavation à la base du poumon droit. Or, voici quels furent les résultats de l'auscultation : « du côté droit on entendait beaucoup de *râle muqueux* le 7; le 10, un peu de *crépitation* autour de la mamelle, et le bruit respiratoire y était moins fort que du côté gauche; le 18, il y avait une sorte de *claquement humide* à chaque inspiration dans presque toute la partie antérieure de la poitrine, et un peu de *crépitation* du côté gauche. »

Les différents râles qui sont désignés dans ce passage par les noms de *râle muqueux*, *de crépitation*, et *claquement humide*, etc., furent évidem-

(1) Laennec, Traité de l'auscultation médiate, quatrième édition annotée par M. Andral, p. 106.

Digitized by Google

ment le résultat du déplacement des liquides dont les poumons étaient engorgés par suite de l'irritation occasionnée par un dépôt abondant de molécules tuberculeuses.

A côté de cette observation nous pouvons en placer une qui nous appartient et qui est venue pour ainsi dire à dessein confirmer tout récemment notre manière de voir. Mais avant d'abandonner les réflexions qui nous ont été suggérées par l'observation de M. Louis, appelons l'attention de nos lecteurs sur un autre point de cette observation, où nous trouverons de quoi justifier l'esprit qui a présidé au développement de nos idées et à la composition de cet article.

En commençant ce travail nous avons eu soin de signaler l'erreur de Laennec, d'après lequel chaque affection des organes respiratoires devait avoir un bruit particulier, capable de la faire distinguer de toutes les autres affections. L'observation de M. Louis, qui est tombée pour ainsi dire au hasard sous nos yeux, confirme entièrement notre manière de voir. Ainsi, d'un côté, nous y trouvons dans le cours d'une seule affection, trois bruits différents, savoir : *râle muqueux*, *crépitation* et *claquement humide ;* d'un autre côté, nous ne voyons dans ces bruits aucun caractère pathognomonique de l'affection dont était atteint le malade, car les mêmes bruits auraient pu nous faire supposer chez lui, aussi bien, une bronchite ou une pneumonie que l'existence des tubercules ou de l'œdème des poumons.

(*La suite au prochain cahier.*)

L'Expérience.—Septembre 1840.

Du sarcocèle syphilitique, de l'induration des corps caverneux, et d'une altération semblable de la coque fibreuse de l'œil ; et du traitement de ces diverses affections; par M. Ricord.

L'histoire du sarcocèle syphilitique est encore toute à faire. Dupuytren, en instituant le précepte de ne jamais porter l'instrument tranchant sur un testicule, quelle qu'en soit la dégénérescence, sans avoir préalablement fait subir au malade un traitement mercuriel général, a établi ce fait, que l'infection constitutionnelle est une cause assez fréquente des maladies du testicule; mais aussi, par là, cet habile praticien faisait l'aveu de la presque impossibilité où l'on est d'établir le plus souvent le diagnostic précis des affections testiculaires.

Sir Astley Cooper a bien décrit, sous le nom d'inflammation syphilitique du testicule, la maladie que nous désignons sous celui de sarcocèle syphilitique. Mais la description assurément très-bonne qu'il en donne, nous montre qu'il ne l'a pas suivie et étudiée dans son évolution et dans sa marche : tout ce qu'il en dit convient au sarcocèle syphilitique arrivé, si je puis parler ainsi, à son âge adulte. Nous allons tâcher d'éclairer quelque peu ce point, en présentant les résultats de notre propre observation.

On a souvent confondu les affections blennorrhagiques des annexes du testicule, et quelquefois du testicule lui-même, avec les maladies de cet organe qui se trouvent uniquement sous la dépendance d'une infection constitutionnelle. La cause d'une semblable erreur se trouve dans l'incertitude qui règne encore aujourd'hui dans l'esprit de quelques praticiens, sur la nature des accidents primitifs susceptibles de produire l'infection constitutionnelle.

Pour ceux qui, avec nous, admettent que le chancre seul peut donner lieu à l'infection générale syphilitique, l'épididymite blennorrhagique n'est qu'une propagation par continuité de tissus de l'inflammation catarrhale de l'urètre au canal déférent, à l'épididyme, et fort exceptionnellement au testicule lui-même. Le sarcocèle syphilitique, au contraire, n'est qu'une manifestation d'infection générale. Si le sarcocèle syphilitique a quelquefois reconnu pour cause une blennorrhagie, c'est qu'il existe des blennorrhagies qui ne sont pas simplement catarrhales, mais qui ont pour point de départ un chancre larvé ou urétbral : ce que nous avons souvent constaté au moyen de l'inoculation, dont l'utilité dans ce cas est incontestable, puisqu'elle éclaire un diagnostic qui pourrait dans beaucoup de cas rester incertain, qu'elle permet d'établir le pronostic touchant la possibilité de l'infection constitutionnelle, et, par conséquent, de diriger plus sûrement le traitement. Le sarcocèle syphilitique suppose donc nécessairement la préexistence du chancre primitif, sans lequel, il faut le dire, il ne peut y avoir d'accidents secondaires, sauf le cas d'hérédité.

Puisque le sarcocèle n'est qu'un symptôme d'infection constitutionnelle, si nous examinons à quel ordre il appartient et à quelle époque il peut se développer, nous trouvons qu'il est sur la limite des accidents secondaires et des accidents tertiaires; qu'appartenant à ces derniers par la nature des tissus qu'il affecte, il se rapproche des premiers par l'époque de son apparition. Ainsi, on le voit souvent se développer en même temps que la série des éruptions secondaires : toutefois il est rare qu'il se montre avant le sixième mois qui suit le chancre primitif. Comme exception, je dois dire que dans ce moment il se trouve dans nos salles un malade dont la maladie primitive ne remonte qu'à trois mois, et qui aujourd'hui présente une éruption ectymateuse syphilitique, et un double sarcocèle assez peu

Digitized by Google

développé, il est vrai. Il peut, au reste, ne se montrer que tardivement, et accompagné d'autres symptômes plus graves.

Les symptômes tertiaires portent, comme nous le savons, le plus ordinairement sur le tissu fibreux, les os, le tissu cellulaire : aussi, la maladie dont nous nous occupons en ce moment affecte-t-elle le plus ordinairement le tissu fibreux, qui forme en quelque sorte la charpente du testicule. Je dis le plus ordinairement; car sir Astley Cooper, qui, des conditions particulières de la tumeur, conclut au siége de la maladie dans la tunique albuginée, n'a pas décrit une forme de sarcocèle syphilitique qui peut se combiner avec la première, ou peut exister seule et indépendante de la tunique albuginée. Ce chirurgien affirme, au reste, n'avoir jamais eu l'occasion de disséquer un testicule syphilitique, et par conséquent de confirmer sa prévision par l'anatomie pathologique. Voici au reste la symptomatologie qu'il en donne : « Le testicule et l'épididyme acquièrent trois ou quatre fois leur volume naturel; la douleur n'est pas intense, mais elle s'exaspère dans la nuit. Quand un testicule est engorgé, l'autre est disposé à participer à la maladie du premier, et je pense que dans la majorité des deux cas, l'affection attaque en commun les deux glandes; l'inflammation, dans ces cas, va rarement jusqu'à la suppuration; mais, quand celle-ci a lieu, elle s'accompagne de l'apparition d'une tumeur granuleuse semblable à celle qui s'observe dans l'abcès chronique ou scrofuleux. Il est probable que le virus syphilitique affecte l'élément fibreux de la tunique albuginée, et de là s'étend dans les prolongements fibreux intérieurs, mais non dans la partie tubuleuse. » Dans le mois d'avril de cette année, je fis un voyage à Londres, et j'eus un entretien plein d'intérêt avec ce célèbre chirurgien, qui me montra des préparations anatomiques admirables; je lui parlai de la forme gommeuse du sarcocèle syphilitique, et il trouva dans ce que je lui disais l'explication de quelques faits qui pour lui jusque-là étaient restés obscurs.

Voici maintenant ce que mon observation m'a appris sur ce sujet. Je distingue deux formes de sarcocèle syphilitique : l'une, celle que décrit le chirurgien anglais, analogue à l'affection périostique des os; l'autre, dont la terminaison ordinaire est la fonte purulente, et qui consiste dans le développement de tubercules ou gommes syphilitiques dans le tissu cellulaire du testicule ou de l'épididyme, gommes en tout semblables à celles qui se développent dans la langue, dans le pharynx, pour constituer définitivement ces ulcères dont nous parlions dans un précédent article : gommes qu'on retrouve encore dans l'épaisseur des membres sous la peau, qui, se ramollissant par la suppuration, finissent par constituer une variété des ulcères consécutifs de la syphilis. Ne pourrait-on pas, en conséquence de la distinction que nous venons d'établir, donner à la première forme le nom d'orchite syphilitique ou periorchite, et peut-être mieux encore celui d'albuginite; en désignant tout simplement la seconde sous le nom du produit anormal qui la constitue, et qu'on nommerait par conséquent tubercule ou gomme syphilitique du testicule? Quoi qu'il en soit au reste de ces dénominations, auxquelles nous ne tenons pas, l'important est de bien établir la marche que suit cette maladie dans son évolution.

Et d'abord examinons la forme caractérisée par l'induration fibreuse du testicule.

Il est bien évident que ce n'est que par un développement successif, que la maladie arrive à constituer enfin la tumeur arrondie, piriforme, dure, comprenant le testicule et l'épididyme, et que décrit Astley Cooper. Au début, dans un ou plusieurs points de la surface du testicule et quelquefois de l'épididyme, on sent une petite dureté, il semble que l'on touche un cartilage; ces petits noyaux d'indurations s'étendent ensuite, se rapprochent, se réunissent, et finissent par envahir tout l'organe. Ce n'est qu'alors, le plus ordinairement, que les malades s'aperçoivent d'un mal qui peut avoir mis plusieurs mois pour arriver au degré où il est. Ces plaques d'induration n'existent quelquefois que d'un seul côté du testicule, qui de l'autre a conservé sa rénitence et son élasticité normale. On perçoit très-bien la sensation de cette induration partielle, en comprimant l'organe avec les doigts dans les points indurés; on ne retrouve plus la quasi-fluctuation que le testicule présente à l'état sain. Il ne faut pas croire que la tumeur, à cette période de la maladie, soit régulièrement arrondie et sans bosselures : ce n'est qu'alors que la maladie s'est étendue à tout l'organe, qu'on peut retrouver cette forme arrondie régulière signalée par les auteurs. Comme les tissus fibreux de l'epididyme sont moins serrés, moins résistants que ceux du testicule, ils forment par leur gonflement quelquefois de petites bosselures qui ne se confondent que tardivement avec celles du testicule, lesquelles se développent plus lentement. Il faut donc prendre garde de confondre ces indurations de l'épididyme avec celles qui persistent, dans certains cas, si longtemps après l'épididymite blennorrhagique; mais, dans ce dernier cas, le testicule a conservé toute son élasticité. Cette forme de sarcocèle syphilitique ne se termine pas, que je sache, par la suppuration, à moins qu'il ne finisse par dégénérer complétement. Mais le petit nombre de sarcocèles syphilitiques qui arrivent à suppuration appartiennent à la seconde variété. Dans ce cas, le début de la maladie est le même que dans le premier; seulement, si l'induration est due à la pro-

Digitized by Google

duction d'une gomme, soit qu'elle siége dans le corps même de l'organe, soit qu'elle soit située à sa surface ou dans l'épaisseur de l'épididyme, la bosselure se prononce de plus en plus, devient de plus en plus irrégulière, finit par s'enflammer, suppure, constitue un petit abcès assez indolent qui s'ouvre souvent spontanément, permet l'élimination des parties qui composaient la gomme ou le tubercule, et forme un ulcère fistuleux assez semblable à ceux qu'on observe à la suite de la fonte des tubercules scrofuleux. Presque toujours la seconde forme se combine avec la première, et le gonflement des tissus fibreux accompagne plus ou moins ces productions gommeuses, qui après tout sont assez rares. Il n'est pas facile de distinguer le sarcocèle syphilitique, surtout celui qui est dû à la production de tumeurs gommeuses, de l'engorgement scrofuleux du testicule. Pour établir un diagnostic, il faut avoir grand soin d'interroger le malade sur les accidents primitifs, sur les manifestations secondaires qui ont pu se faire antérieurement, et avoir beaucoup d'égard aux symptômes concomitants : c'est ainsi que si, chez le même malade, on retrouve des exostoses, des gommes du tissu cellulaire sous-cutané, des ulcérations de la gorge, des syphilides tuberculeuses, ulcéreuses, et même des formes secondaires éruptives moins graves, on aura toute sorte de raison de penser que la maladie du testicule est sous l'influence du même principe.

Sans présenter avec détails les observations de trois malades qui se trouvent actuellement affectés de sarcocèle syphilitique, et qui sont encore en traitement dans mon service, je dois dire à l'appui de ce que je viens d'avancer plus haut, que chez l'un on observe en même temps une belle syphilide tuberculeuse de la face; qu'un autre est couvert d'une éruption ectymateuse; que le troisième porte une exostose du tibia, trois ou quatre tumeurs gommeuses sous-cutanées, et des ulcères des jambes consécutifs à la fonte purulente des tubercules cutanés, dont quelques-uns existent encore à l'état cru.

Le sarcocèle syphilitique le plus ordinairement est indolent; mais dans quelques cas j'ai observé chez certains malades des douleurs lombaires intolérables, et qui se trouvaient singulièrement exaspérées la nuit : c'était des douleurs térébrantes dont ils se plaignaient amèrement, et qui suivaient le trajet du cordon; mais, dans les cas les plus ordinaires, la douleur n'est due qu'à l'augmentation de volume et de poids de l'organe.

Sir Astley Cooper croit que l'affection syphilitique du testicule porte ordinairement sur les deux organes à la fois. Je ne pense pas qu'il en soit ainsi. Il est beaucoup plus commun de rencontrer les deux testicules malades dans les cas où la maladie est causée par le développement de tubercules scrofuleux. Nous savons que l'épididymite blennorrhagique affecte bien plus souvent le côté gauche que le droit; il n'en est pas ainsi pour le sarcocèle, qui siége d'une manière indifférente à droite ou à gauche. Dans le sarcocèle syphilitique, le canal déférent se trouve très-rarement affecté. Quant à la terminaison de cette maladie, souvent la résolution se fait d'une manière complète; d'autres fois il reste une induration fibreuse définitive, contre laquelle la thérapeutique ne peut plus rien.

Il est encore une autre altération tout à fait analogue à la première variété du sarcocèle syphilitique, altération qui n'a encore été décrite par personne, altération qui consiste dans l'induration fibreuse des corps caverneux. Le silence complet que gardent les auteurs me ferait croire qu'ils ont ignoré jusqu'au fait lui-même de cette induration, dont la cause m'a échappé bien longtemps. Cette affection suit au reste, dans son développement, la marche que nous avons signalée pour le sarcocèle syphilitique. Cette induration peut être plus ou moins étendue, siéger des deux côtés à la fois, ou n'exister que d'un seul. Si on embrasse avec les doigts la verge de manière à exercer sur elle une pression assez forte, on sent comme une petite dureté, un petit noyau qui, en s'étendant en longueur, forme une petite corde au point où se rencontre l'induration, qui se trouve constituée par un gonflement des lames fibreuses de l'enveloppe des corps caverneux, ou bien par l'augmentation de volume des cellules que forme cette même enveloppe par les cloisonnements qu'elle envoie dans l'intérieur des corps caverneux.

Cette altération que je signale est assez rare : toutefois je l'ai déjà observée pour ma part huit ou dix fois. Les conséquences de cette maladie sont très-fâcheuses; car avec une semblable altération, les fonctions de l'organe peuvent être singulièrement gênées, et cela se conçoit très-bien ; lorsque l'organe entre en érection, celle-ci ne se faisant plus d'une manière égale dans tous les sens, il en résulte des déviations et des courbures qui rendent difficiles ou même impossibles les rapports sexuels. Le mécanisme de ces déviations est en effet très-facile à comprendre : l'épaississement de la tunique fibreuse et de ses prolongements rend impossible l'ampliation égale des cellules caverneuses. Si, par exemple, le corps caverneux droit est induré, le gauche, subissant la turgescence sanguine, se développe, et la verge alors s'incline et se courbe du côté droit, et d'autant plus que l'érection se prononce davantage. J'ai observé ces déviations latérales plusieurs fois, et dans un cas, l'induration fibreuse étant égale des deux côtés, la verge décrivait en se redressant par l'érection un cercle presque complet, de manière que le gland venait presque arc-bouter sur la région pubienne.

Digitized by Google

Un médecin qui assistait l'autre jour à une de mes leçons cliniques, dans laquelle je traitais de cette altération, vint me trouver le même jour chez moi, pour me dire que depuis plusieurs années il avait une semblable maladie; qu'il avait consulté nombre de médecins; que personne n'avait même soupçonné la nature syphilitique de cette induration. Il ajoutait qu'à mesure que je décrivais la marche et les progrès de cette maladie, il lui semblait que c'était de lui-même que je voulais parler, tant ma description était en harmonie avec ce qu'il avait éprouvé.

D'abord il s'était développé un seul noyau d'induration dans l'un des corps caverneux; par l'extension en longueur de cette induration, la verge avait subi la déviation latérale dont je viens de parler; par la suite la maladie avait gagné le corps caverneux du côté opposé; depuis ce temps l'érection s'était faite droite, mais la verge ne subissait qu'une très-médiocre ampliation, et le gland semblait rester étranger à l'érection et paraissait comme flétri.

Tout le monde sait les fâcheuses influences du varicocèle sur le moral des personnes qui en sont affectées; eh bien! je ne puis décrire ici le découragement effrayant qui, dans plusieurs cas, a pu aller jusqu'au désespoir chez les malades qui sont venus réclamer mes soins.

Cette maladie me paraît devoir être rapportée souvent, sinon toujours, aux altérations des tissus fibreux qui reconnaissent pour cause l'infection constitutionnelle : du moins, dans un cas où j'avais pu constater d'une manière précise la préexistence à cette maladie d'une infection constitutionnelle syphilitique, j'ai cru devoir administrer l'iodure de potassium, qui a très-rapidement fait disparaître cette induration, déjà assez étendue pour rendre impossible les rapports sexuels.

Je ne dois point passer sous silence une maladie semblable qui a pour siége l'œil, et à laquelle on doit sans doute rapporter tout ce qui a été décrit par les auteurs sous le nom d'amaurose syphilitique, et qu'on a fait disparaître au moyen d'un traitement mercuriel bien dirigé. Voici au reste ce que m'a appris mon observation à cet égard : et d'abord il faut bien se garder de confondre cette maladie avec l'iritis syphilitique, qui appartient bien évidemment à la période secondaire de l'infection constitutionnelle, et dont je ne veux rien dire aujourd'hui. Je veux seulement parler du gonflement périostique de la cavité orbitaire, comme aussi d'un état particulier du globe oculaire, qu'on doit rapporter vraisemblablement à une modification semblable dans la sclérotique qui, épaissie et indurée, comprime les vaisseaux et nerfs qui pénètrent dans l'intérieur, et modifie ainsi les fonctions physiologiques de cet organe, au point de déterminer un état pathologique caractérisé par des douleurs de compression et des battements; il semble que l'œil soit chassé de l'orbite; cette douleur s'exaspère la nuit. J'ai observé dans quelques cas l'exophthalmie, ou la projection en avant hors de l'orbite du globe oculaire. Cette douleur que je viens de signaler est quelquefois très-vive. Il est évident que cet état est dû à l'épaississement et à l'augmentation des tissus fibreux de la cavité orbitaire. Je ne puis donner la symptomatologie complète de cette affection; je veux seulement attirer l'attention des praticiens sur un fait assez rare, et que je n'ai encore observé que quelquefois.

Dans ce cas encore, comme dans tous ceux qui se rapportent à la syphilis, on doit trouver une source bien puissante de diagnostic dans les antécédents et les concomitants. Ainsi, chez un malade soumis dernièrement à mon observation, j'ai trouvé une exostose suppurée de l'extrémité sternale de la clavicule droite, ulcération persistant depuis un an : le malade avait eu, trois ans auparavant, des chancres primitifs pour lesquels il avait fait un traitement mercuriel. Ce malade portait également un gonflement périostique datant de deux mois, gonflement siégeant dans la portion droite du frontal et s'étendant à l'arcade sourcilière, et probablement jusque dans la cavité orbitaire, puisque le malade éprouvait des douleurs oculaires assez vives, et était presque complétement amaurotique de ce côté.

Il ne m'a pas été permis de suivre ce malade, qui a été soumis à un traitement antisyphilitique. Je dois dire que dans ce cas il n'existait aucune altération appréciable des milieux de l'œil; l'iris jouissait d'une contractilité parfaite.

Ainsi donc, pour résumer ce que nous venons de dire, il existe pour le testicule, les corps caverneux et l'œil, une altération semblable quant à la nature des tissus qui sont affectés, et quant à la nature de la cause : ce qui nous indique déjà que le traitement doit être identique, puisque, quel que soit le siége du symptôme, l'infection syphilitique constitutionnelle exige un traitement général modificateur de l'économie tout entière.

Mais comme ces altérations se rapportent déjà à la période tertiaire, on doit leur opposer la médication que nous avons indiquée comme devant amener plus rapidement et plus sûrement la modification que l'on veut obtenir. Je veux parler des préparations iodurées, dont nous avons déjà indiqué dans un précédent article le mode d'administration. Mais, comme ces symptômes ne s'éloignent que peu des formes secondaires avec lesquelles ils se combinent souvent, on ne doit pas négliger les mercuriaux, qu'il est bon d'associer à la médication iodurée. C'est ainsi qu'en prescrivant au malade 1 à 2 grammes et plus d'iodure de potassium dans un ou plusieurs pots de tisane de saponaire ou de houblon, il

Digitized by Google

est bon d'y adjoindre tous les soirs une pilule de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes.

Comme médication topique et adjuvante pour le sarcocèle syphilitique, je dois recommander la compression par la méthode de Frike avec les bandelettes de sparadrap de Vigo cum mercurio. Les vésicatoires volants sur les tempes, pour l'affection des yeux dont nous venons de parler, vésicatoires qu'il faudra panser avec l'onguent mercuriel, seront d'une grande utilité. Il sera bon aussi dans l'induration des corps caverneux d'envelopper la verge de bandelettes de Vigo.

Dans la variété constituée par la gomme syphilitique, on doit se hâter d'ouvrir l'abcès qui peut devenir la conséquence de sa fonte purulente, et faire les pansements avec la solution de teinture d'iode, telle que nous l'avons indiquée dans l'article que nous avons publié dans le numéro de juillet 1840 du *Bulletin de Thérapeutique* sur l'emploi de l'iodure de potassium. Cette solution en pansement active singulièrement la cicatrisation, qui s'obtient du reste assez rapidement, contrairement à ce qui arrive dans les cas de tubercules scrofuleux suppurés du testicule.

Bulletin de thérapeutique. — Octobre 1840.

De la ponction du crâne dans l'hydrocéphale chronique; par M. Malgaigne.

Je veux appeler l'attention des praticiens sur une opération assez rarement faite, et par cette raison peut-être, fort diversement jugée; de laquelle, au reste, on n'a bien établi jusqu'à ce jour ni les indications ni la valeur réelle. Conseillée dès les temps les plus anciens, ce n'est guère qu'à partir de la fin du dernier siècle qu'on en a publié quelques observations éparses; quelques sujets, disait on, avaient guéri; d'autres avaient succombé; mais, au total, il en restait naguère encore, dans l'esprit des chirurgiens, une sorte de terreur vague et inexpliquée. Ainsi, suivant Richter, elle aurait toujours hâté la mort; Boyer avait porté la même sentence; M. Velpeau, en mentionnant quelques exemples de succès en opposition avec les revers, ne semblait pas accorder aux premiers beaucoup de confiance; et enfin, en fait de tentatives faites à Paris, nous ne connaissions guère que celles de Dupuytren et de M. Breschet, qui avaient chacun pratiqué la ponction plusieurs fois, et toujours avec des résultats défavorables. Tel était donc l'état des choses, lorsqu'en 1838, un chirurgien de Londres, M. Conquest, publia dix-neuf observations de sujets chez lesquels il l'avait pratiquée dans l'espace de dix années. Sur dix-neuf malades, neuf étaient morts, dix avaient été guéris; résultat fort encourageant dans la cure d'une affection ordinairement mortelle par elle-même, et qui, dans les circonstances les plus favorables, entraîne les suites les plus fâcheuses pour l'intelligence et la vie de relation de l'individu. Les chirurgiens en furent frappés; et M. Velpeau, qui dans sa dernière édition a fort bien exposé l'état de la science sur cette question comme sur tant d'autres, termina cette fois par cette conclusion : « que, sans se faire illusion sur sa valeur, il convient cependant de recourir à cette opération chez les malades qui semblent du reste se trouver dans les meilleures conditions possibles. »

Que pouvait dire de plus M. Velpeau? Il n'avait jamais eu occasion de la tenter, et de vérifier ainsi par lui-même les résultats annoncés par les opérateurs. J'en jugeais absolument comme lui, lorsque, quelques jours précisément après que la *Gazette médicale de Paris* nous eût donné communication du travail de M. Conquest, je me trouvai en mesure d'appliquer sur le vivant les nouvelles idées que m'avait suggérées ce mémoire.

Le sujet qui venait s'offrir à moi était une petite fille de sept mois, nommée Maria Gosselin, demeurant rue Saint-Denis, 216. C'était le premier enfant de sa mère; elle était venue par la tête, et l'accouchement avait été très facile, bien que la grossesse fût à terme et l'enfant d'un notable volume. La tête ne présentait donc alors que le volume ordinaire; ce fut à deux mois seulement que la mère s'aperçut d'un développement exagéré du crâne. A partir de cette époque, le crâne alla sans cesse en s'élargissant; toutefois, vers l'âge de six mois et demi, il y eut un temps d'arrêt et même de décroissement, et en huit jours, la mère nota une diminution de 8 lignes dans la grande circonférence de la tête; mais cette amélioration ne se soutint pas : dans les huit jours qui suivirent, le crâne regagna, et au delà, ce qu'il avait perdu; la mère se résolut alors à consulter un chirurgien.

Voici quel était l'état de l'enfant à cette époque, 24 avril 1838. Elle était grasse et potelée, d'une force et d'un embonpoint même extraordinaires pour son âge, et les jambes aussi bien développées que le reste du corps. Elle prenait le sein habituellement sept à huit fois par jour, digérait à merveille, faisait quotidiennement une selle régulière; seulement elle urinait très-fréquemment, et ses urines était très-rouges; elle avait aussi un penchant décidé au sommeil. La face était très-grasse; les yeux, de couleur bleue, semblaient à demi expulsés des orbites; et lorsqu'elle ouvrait largement les paupières, le blanc de l'œil demeurait presque entièrement caché par la paupière inférieure, tandis que la supérieure en laissait voir au moins deux lignes

Digitized by Google

au-dessus de la cornée. L'iris était parfaitement mobile.

La tête était énorme. La grande circonférence donnait près de 52 centimètres (19 pouces 2 lign.); de la racine du nez à la protubérance occipitale, il y avait environ 35 centimètres et demi (13 pouces 2 lignes); la demi-circonférence transversale, de la racine du pavillon de l'oreille d'un côté à l'autre, donnait un peu plus de 32 centimètres (12 pouces). J'aurais voulu mesurer cette demi-circonférence entre les deux arcades zygomatiques; mais l'embonpoint ne permettait pas de les sentir assez exactement.

Je pris aussi l'étendue des diamètres avec un compas d'épaisseur; l'antéro-postérieur avait près de 20 centimètres (7 pouces 2 lignes); le transversal, environ 13 centimètres (4 pouces 11 lignes).

Le frontal était presque tout ossifié; et la suture médiane, par exemple, n'offrait aucun intervalle membraneux. L'occipital et les temporaux paraissaient aussi avancés dans leur ossification; et de même aussi la partie inférieure des pariétaux; cependant la suture fronto-pariétale était encore membraneuse, même à sa partie la plus inférieure, dans une largeur de 6 millimètres (2 à 3 lignes). Mais la partie supérieure de ces deux os était si molle qu'on la faisait plier et craquer comme du parchemin; à peine la suture sagittale toute membraneuse s'en distinguait-elle. La suture lambdoïde, non ossifiée, était peu dilatée; la principale dilatation portait sur la fontanelle antérieure; elle avait près de 7 centimètres (2 pouces et demi) d'avant en arrière, et une largeur en proportion.

La fluctuation était parfaitement sensible sur le synciput et à cette fontanelle; en agitant la tête on sentait même une sorte de ballottement du liquide.

Je jugeai que l'opération seule pouvait sauver l'enfant; elle fut pratiquée le 25 avril à 10 heures du matin, en présence de plusieurs docteurs et élèves français et étrangers, qui suivaient à cette époque mon cours de médecine opératoire.

L'enfant solidement tenu sur les genoux d'une femme, amie de la mère, la tête maintenue et comprimée par un aide, je plongeai un trois quarts à hydrocèle dans la suture fronto-pariétale gauche, à peu près au niveau de la ligne courbe du temporal, et à une profondeur de 4 centimètres (17 à 18 lignes). Aussitôt la tige retirée, il jaillit par la canule un liquide limpide, à peine coloré en jaune; la tête comprimée s'affaissa après l'évacuation, principalement du côté gauche; mais après l'opération faite, l'affaissement était également réparti des deux côtés. Il se faisait d'ailleurs par un mécanisme assez intéressant à décrire: la partie supérieure des pariétaux, fortement déprimée, formait deux ou trois gros plis d'avant en arrière; la partie inférieure de ces os pouvait se rapprocher d'un côté à l'autre; mais l'occipital et le frontal, mieux ossifiés et retenus par les temporaux, ne pliaient point et se rapprochaient à peine, en sorte que la grande circonférence de la tête était à peine diminuée. Du reste, je m'arrêtai après avoir évacué une quantité de liquide, qui, pesée plus tard, équivalait à 620 grammes (environ à 20 onces). L'analyse en fut faite par M. Soubeiran, dont je transcrirai ici la note:

Liquide d'une limpidité parfaite, d'une teinte un peu jaunâtre, d'une densité de 1,0076; devenant laiteuse à l'ébullition.

1,000 parties contenaient:

Albumine.	2,
Sels.	8,6
Eau	989,4

Les sels, autant qu'il a été possible de s'en assurer, contenaient:

Un peu de soude libre,
Sel marin,
Traces de phosphates (1).

L'enfant n'avait jeté que des cris légers durant l'opération; et sur la fin seulement elle avait beaucoup pâli. Je comprimai le crâne en tous sens, en faisant la capeline avec une bande trempée dans une décoction d'amidon; et je prescrivis pour boisson l'infusion de tilleul; plus, toutes les deux heures, une cuillerée d'une potion contenant pour 180 grammes de ce liquide, 60 gouttes de laudanum.

A peine l'appareil avait-il été mis que l'enfant cessa de crier. Les yeux étaient ouverts à l'ordinaire, la figure naturelle, la respiration à l'état normal. Je n'appris que quatre jours après que la mère lui avait donné le sein un quart d'heure avant l'opération; en sorte qu'une demi-heure après, l'enfant rendit tout le lait qu'elle avait pris.

Moitié de la potion environ fut administrée dans les vingt-quatre heures; la petite malade fut calme, prit le sein deux fois, s'endormit quelques heures, se réveilla à six heures du soir, gaie et riante; à huit heures se rendormit jusqu'à minuit; puis de minuit jusqu'à quatre heures; elle n'alla pas à la selle, et n'urina que deux fois.

Le deuxième jour, elle ne demanda le sein qu'une seule fois. Elle acheva sa potion qui passait très-bien;

(1) On peut comparer cette analyse avec celle du docteur Bobington, rapportée par M. Conquest. Le liquide avait une pesanteur spécifique de 1,004.

100 parties contenaient:

Eau.	99
Gélatine (sans doute albumine). . . .	0,1
Chlorate (sans doute chlorure) de soude.	844
Autres sels à part.	055

Digitized by Google

les premières cuillerées seulement avaient été suivies de l'expectoration de quelques glaires. Elle urina onze à douze fois, et en plus grande quantité que dans l'état normal, mais n'alla point à la selle. Elle parut un p u agitée, et ne s'endormit que vers quatre heures du matin, et d'un sommeil un peu agité encore.

Le troisième jour, je la vis à onze heures, elle venait seulement de s'éveiller. Elle était dans un état parfait, les pieds frais, la figure aussi; les lèvres et la langue naturelles; le crâne semblait se remplir de nouveau. Elle urina beaucoup dans la journée, prit le sein deux fois, et ne fit qu'un sommeil de huit heures du soir à six heures du matin. Continuation de la potion avec 30 gouttes de laudanum chaque jour.

Le quatrième jour, elle n'urina que deux fois et en petite quantité : les urines étaient limpides. Elle prit le sein une fois; vers le soir, elle parut agitée de petits mouvements convulsifs; toutefois, elle dormit toute la nuit.

Le cinquième jour au matin, elle demanda et prit le sein; mais quand je la vis à onze heures, je notai à la joue gauche une vive coloration qui me fit craindre quelque nouvelle exacerbation le soir; je continuai donc encore le laudanum. C'était une crainte vaine; l'appétit et la gaîté allèrent croissant; le sixième jour, je me contentai d'ajouter à la potion 15 gouttes de laudanum, et je cessai tout traitement le septième. J'attendis quelques jours encore avant d'enlever l'appareil; mais alors j'acquis la triste conviction que la grande circonférence de la tête n'avait nullement diminué, et que la demi-circonférence transversale avait tout au plus perdu deux lignes. Une seconde opération fut donc résolue pour le 5 mai; elle eut lieu en présence de plusieurs médecins, et entre autres M. Pogogoff, professeur à l'université de Dorpat.

Je ponctionnai cette fois sur la suture fronto-pariétale gauche, et je laissai couler le liquide jusqu'à ce qu'il s'arrêtât, et que la compression n'en pût expulser davantage. Il était clair et limpide comme la première fois; sa quantité montait à 890 grammes environ (28 onces et demie). J'enveloppai le crâne de bandelettes de diachylon; et pour maintenir l'affaissement du sinciput, j'y plaçai une compresse pliée en seize doubles, et fixée par une bandelette spéciale qui passait sous le menton.

L'enfant pâlit après l'opération, mais n'en fut pas moins calme. Elle avait pris le sein quatre heures auparavant : néanmoins elle rendit du lait caillé un peu après; et après chaque cuillerée de la potion laudanisée, elle rendit aussi quelques glaires. Elle refusa l'infusion de tilleul, prit cependant le sein une fois; elle n'urina qu'une fois.

Le 6 mai, état parfait; elle n'urina également qu'une fois dans la journée, et ne demanda pas le sein.

Le 7, elle prend le sein une fois, et urine cinq fois.

Le 8, à midi, elle avait déjà uriné trois fois et pris le sein trois fois; tout était donc rentré dans l'état naturel; je réduisis le laudanum à 15 gouttes, et cessai tout traitement le lendemain.

L'enfant avait été à la selle ce jour-là; mais elle resta ensuite trois jours sans y aller, malgré plusieurs lavements. La nuit du 9 au 10 avait été sans sommeil et agitée; puis les suivantes furent bonnes. Elle prenait le sein cinq à six fois par jour, avec moins d'appétit toutefois que de coutume; elle n'urinait que quatre fois par jour, mais ses urines étaient rouges, chargées, et d'une odeur promptement insupportable.

Je la vis le 11 avec M. le docteur Froment : je défis une des bandelettes; le bregma était un peu revenu de sa dépression : cependant celle-ci était encore très-marquée, surtout à gauche, où le pariétal faisait un gros pli. La demi-circonférence, prise entre les deux oreilles, avait diminué d'un pouce et demi; le diamètre transverse était toutefois resté le même. Le diamètre antéro-postérieur avait diminué de 6 lignes; mais le gonflement du cuir chevelu entre les bandelettes faisait que le décroissement de la grande circonférence n'était que de 4 lignes. Je prescrivis des lavements huileux, des demi-bains et de l'orangeade.

Le 12, il y eut une agitation assez forte, qui persista pendant quelques jours, puis tout à coup fit place à une sorte de stupeur. L'enfant avait les paupières largement ouvertes, et pouvait encore les fermer; mais les yeux étaient fixes, la conjonctive injectée, surtout à gauche. Deux sangsues à l'anus n'opérèrent aucun changement, quatre sangsues derrière les oreilles, puis deux vésicatoires, n'eurent pas plus de succès; et la mort arriva le 19 mai au matin. L'autopsie ne put être faite.

Voilà l'observation; passons maintenant aux conséquences que l'on peut en tirer. Et d'abord, je l'avouerai, sans l'accroissement si rapide et si menaçant de l'hydrocéphale, qui semblait donner à l'opération le caractère d'urgence, j'aurais hésité à la tenter; je la considérai comme une dernière ressource. Avec cette idée même, il ne fallut pas moins que l'impression toute récente des résultats satisfaisants de M. Conquest pour me déterminer. Ce que je redoutais surtout, c'était l'effet immédiat de la soustraction soudaine de la pression à laquelle le cerveau était accoutumé : aussi, dans la première tentative, je n'osai enlever tout le liquide, et je pris soin de faire exercer une forte compression sur les parois crâniennes. Ce danger passé, il ne restait plus guère à craindre que l'inflammation; et j'espérais la con-

jurer au moyen de l'opium à hautes doses, mode de traitement d'une efficacité souvent héroïque, et dont j'ai déjà exposé quelques résultats dans ce journal. Je m'y résolus donc ; et maintenant j'ai à comparer cette observation nouvelle avec celles que possède déjà la science, sous le rapport du procédé opératoire, des accidents, du traitement et du résultat.

Je me suis d'abord servi, et à dessein, du trois quarts ordinaire. La plupart des auteurs, que je sache, ont recommandé un petit trois-quarts; c'est aussi la pratique de M. Conquest ; Graefe a même été plus loin, et, dans un cas par lui publié en 1831, il avait commencé par se servir d'une aiguille à cataracte. Je me suis demandé le motif de la prédilection générale pour les très-petits instruments, et n'en ai point trouvé de spécieux. Qu'importe, quand il s'agit de pénétrer dans le crâne à une profondeur de 3 à 4 centimètres, que l'instrument ait trois millimètres de largeur ou seulement un millimètre? l'opération en est-elle plus difficile ? Au contraire, voyez le cas de Graefe; après sa ponction à l'aiguille, le liquide ne sortait que goutte à goutte, il fallut recourir au trois-quarts. M. Conquest, qui s'est toujours servi de ce dernier instrument, mais avec un étroit calibre, avoue que quelquefois l'eau ne s'écoulait point, et qu'il était obligé de passer une sonde mousse dans la canule pour maintenir libre le passage. Craindrait-on une évacuation trop rapide? La question est déjà résolue par le fait; mais d'ailleurs qui empêcherait au besoin, à l'exemple de Graefe, de boucher la canule par intervalles? est-ce enfin l'inflammation qui est plus à craindre? La profondeur de la plaie et la nature de l'organe qu'elle traverse y sont sans doute pour beaucoup plus que la largeur de la piqûre, surtout quand il s'agit au plus haut d'une différence d'un à deux millimètres.

Je ne trouve nul inconvénient au trois-quarts ordinaire, et je lui trouve les avantages d'avoir une canule assez large pour être difficilement obstruée et pour accélérer l'opération ; c'est pourquoi je l'ai préféré.

Un second point à examiner est le lieu de la ponction. Graefe a préféré la fontanelle postérieure, et il avait le choix du lieu, son petit malade n'ayant que quatre mois. M. Pogogoff m'a dit lui avoir vu faire la même opération, sans doute sur un autre sujet, et cette fois sur la fontanelle antérieure. Dans l'un et l'autre procédé, on a autant de parties à traverser; on risque d'atteindre le sinus longitudinal; et enfin, surtout si l'on choisit la fontanelle antérieure, la canule est assez défavorablement placée pour l'écoulement du liquide. M. Conquest préfère le trajet de la suture *coronale*, sur un point moyen entre l'apophyse crista-galli et la fontanelle antérieure. Ces derniers mots semblent indiquer la suture des deux moitiés du frontal ; les autres détails se rapporteraient cependant plus exactement à la suture fronto-pariétale. Ainsi M. Conquest donne pour avantage à son procédé, qu'il évite de blesser et le corps strié et le sinus longitudinal; et il ajoute que dans un cas il eut une hémorrhagie provenant probablement de l'artère méningée moyenne. Il serait bien surprenant d'ailleurs que la suture frontale fût encore restée membraneuse sur la première malade de l'opérateur anglais, laquelle était âgée de vingt mois. D'un autre côté, la suture fronto-pariétale, déjà regardée par Lee (1) comme le point le plus favorable, n'exposerait-elle pas à léser l'artère méningée moyenne? Avant de me décider, je crus devoir examiner sérieusement les choses, et m'assurer, soit de la distance des ventricules latéraux à l'extérieur, soit de la position exacte de l'artère menacée.

Je choisis la tête d'un jeune sujet d'environ six à sept ans, laquelle tête était elle-même d'un volume assez considérable, eu égard à la taille de l'individu. Elle offrait en effet les dimensions suivantes, même après les téguments et les muscles enlevés :

Grande circonférence. . . .	46 centim.	(16 pouc. 11 lig.)
Demi-circonférence transverse, entre les deux arcades zygomatiques, en passant sur la fontanelle antérieure.	28 centim. 1/2	(10 pouc. 6 lig.)
Demi-circonférence prise entre les points les plus élevés des deux muscles temporaux, environ. . . .	18 centim.	(6 pouc. 9 lig.)
Diamètre antéro-postérieur.	15 centim. 1/2	(5 pouc. 9 lig.)
Diamètre transverse. . . .	14 centim.	(5 pouc. » lig.)

Tout était ossifié, excepté un espace grand comme la pulpe du doigt à la fontanelle antérieure.

Le crâne ouvert, je fendis avec soin l'un des hémisphères, puis l'autre, en divers sens, de manière à mesurer l'espace compris entre la face externe des os et les ventricules latéraux.

A partir de la suture frontale, à 16 millimètres au-dessus du rebord orbitaire, et se dirigeant obliquement à droite ou à gauche, de manière à faire avec le plan médian du corps un angle de 22° environ, le point le plus rapproché des ventricules était à 4 centimètres (18 lignes).

A partir de la suture fronto-pariétale, à 24 millimètres au-dessus de l'arcade zygomatique, et se dirigeant horizontalement et tout à fait transversalement, la partie la plus rapprochée du ventricule au-devant du corps strié, se trouvait encore à 4 centimètres (18 lignes).

(1) Journal des progrès, 1830, t. II, p. 238.

Digitized by Google

A partir de la suture sagittale ou de la fontanelle antérieure, les ventricules n'étaient qu'à 36 millimètres (16 lignes de profondeur.)

Enfin, à partir du point correspondant à l'angle de la suture lambdoïde, il y avait également 36 millimètres (16 lignes).

Au total, et autant qu'il est permis de se servir de ces données d'anatomie normale pour un cas d'anatomie pathologique, il n'y avait pas une assez grande différence d'épaisseur dans ces différents points pour exiger une préférence absolue : il fallait se décider d'après d'autres considérations. Les raisons déjà exposées me détournaient de trois des quatre points indiqués ; quant à la suture fronto-pariétale, à la hauteur indiquée, on n'a à craindre ni le tronc ni aucun des rameaux de l'artère méningée moyenne; et j'y trouvais ce double avantage, d'avoir toute facilité pour diriger la canule et le jet du liquide pendant l'opération, et de permettre à l'enfant de se coucher sur l'occiput ou sur la tempe opposée à la piqûre. Voilà pour le lieu de la piqûre; quant à la profondeur, je jugeai que le cerveau déplissé devait présenter une épaisseur beaucoup moindre que dans l'état normal, et qu'en plongeant à 34 millimètres (15 lignes), le trois-quarts pénétrerait pleinement dans la collection du liquide. D'un autre côté, je n'arrivais ainsi qu'au quart du diamètre transversal de la tête, ce qui ôtait toute crainte d'atteindre les parties médianes. Mais tout en demeurant convaincu que la ponction à cette profondeur n'a aucun inconvénient, je dois ajouter qu'elle n'est pas absolument nécessaire; quelques jours après ma deuxième ponction, j'ai vu dans le cabinet de mon excellent collègue M. Lenoir une tête d'enfant hydrocéphale artistement coupée et conservée dans l'alcool ; la dilatation égalait à peu près celle du crâne de ma jeune malade; et le cerveau, dans tous les points qui répondent à la voûte et aux parties latérales du crâne, n'avait pas un centimètre d'épaisseur. Il aurait donc suffi à la rigueur d'arriver à 20 ou 25 millimètres, tout en faisant la part des parois fort amincies du crâne.

Je ne m'arrêterai pas beaucoup sur la quantité de liquide qu'il faut évacuer. Dans l'observation de Graefe qui a été publiée, on lit que le chirurgien commença par extraire 12 gros de liquide ; qu'à ce moment les yeux de l'enfant devinrent tout à coup ternes, la pupille resserrée, la figure pâle et changée, le pouls plus faible ; et, bien que l'opérateur ait renouvelé la ponction jusqu'à onze fois, il n'a pas extrait à la fois plus de 20 gros de sérosité. Ces phénomènes tenaient-ils à la qualité du liquide, transparent, mais d'un brun jaunâtre, et à l'état correspondant du cerveau? M. Russell en a extrait de 3 à 9 onces; et une fois le liquide était trouble avec des flocons albumineux; il n'a vu résulter, même de cette dernière ponction, aucun accident grave. M. Conquest a été de 2 à 12 onces ; dans un cas, l'eau qui jaillit, d'abord limpide, devint ensuite légèrement sanguinolente ; et l'enfant, un peu affaibli, sembla pourtant dans la journée même plus gai qu'avant l'opération. Sous le rapport de la quantité de liquide, j'ai été beaucoup plus loin qu'aucun de ces opérateurs (1), et je n'ai pas eu d'accidents qui méritent vraiment ce nom. Je regarde donc la ponction et l'évacuation du liquide comme tout aussi indifférentes pour l'hydrocéphale que pour l'ascite, que pour les grandes articulations où je l'ai appliquée plusieurs fois, en un mot que pour toutes les cavités séreuses distendues par de la simple sérosité. Tout bien considéré, le traitement énergique auquel j'ai soumis ma petite opérée n'a pas produit de mauvais effet ; mais il me paraît probable que tout se fût aussi bien passé en s'en fiant à la nature. Je lis cependant que la première malade de M. Conquest, après l'extraction de 2 onces de liquide, eut un accès de convulsions et quelques symptômes d'irritation encéphalique ; mais M. Conquest enfonçant d'ordinaire son trois-quarts jusqu'à deux pouces de profondeur, il se pourrait que la pointe eût labouré quelque partie interne. Du reste ces symptômes furent au moins très-légers; car c'est là précisément un des cas de guérison.

Mais si l'opération n'est point grave par elle-même, il s'agirait de savoir si elle ne l'est point par ses suites. La supersécrétion dont le cerveau est le siége, et qui tend à réparer le liquide évacué, ne peut-elle pas entraîner ou une irritation, ou une fatigue, et enfin, de quelque nom qu'on l'appelle, une lésion du cerveau capable d'entraîner la mort? Ma petite opérée a succombé le quatorzième jour après la seconde ponction, bien qu'elle eût paru rétablie le troisième jour ; et elle a succombé à des accidents encéphaliques. Il serait fort à désirer que M. Conquest, qui a eu neuf morts, eût donné en détail ces observations malheureuses; nous pourrions mieux juger ces questions délicates : savoir, à quelles dates après la ponction survient la mort, à quelles causes elle est due, et si les évacuations faibles ou fortes, rapprochées ou séparées par de longs intervalles, ont quelque influence sur cette terminaison. C'est le

(1) M. Velpeau dit cependant que M. Conquest a retiré 32 onces de liquide par une ponction unique chez sa première malade. Ceci demande une explication. M. Conquest dit en propres termes : « Le trois-quarts n'a donné issue qu'à 2 onces de liquide au moment où je l'ai plongé ; mais dans la nuit il s'en est écoulé, goutte à goutte, une quantité considérable ; on a estimé cette quantité à deux pintes. » C'est cette enfant qui eut un accès de convulsions après l'opération.

Digitized by Google

malheur de la chirurgie de manquer d'histoires précises et exactes des cas funestes; bien plus, les détails manquent même souvent pour les cas de succès; et l'opérateur croit faire assez que de dire qu'il a réussi. Dans cette incertitude, peut-être serait-il prudent de n'évacuer à chaque fois, et selon les circonstances, que de 2 à 10 onces de liquide.

Mais enfin, et tout péril évité, quel est le bénéfice que l'on peut promettre au malade? Cette opération est-elle capable de le guérir? Ma conviction bien formelle et bien positive est que NON; j'accorde que l'on peut arrêter les progrès de la maladie, peut-être obtenir une très-légère diminution du crâne; mais guérir, mais réduire cette tête difforme à son volume normal; mais faire pour l'hydrocéphale ce que vous faites quelquefois pour l'ascite, plus souvent pour l'hydarthrose, presque toujours pour l'hydrocèle, je dis que cela vous est matériellement impossible.

J'ai été, comme bien d'autres sans doute, séduit par ce mot *guéri* qui résonne après tant d'observations publiées. Je me figurais, sans trop y réfléchir, que ce crâne encore mou et membraneux allait revenir sur lui-même, comme le ventre dans l'ascite, comme la poitrine dans l'empyème. Mais ces membranes molles qui le constituent sont déjà fibro-cartilagineuses, elles sont dévouées à l'ossification; elles ne sauraient revenir sur elles-mêmes que par le bénéfice du temps; et malheureusement avec le temps l'ossification marche. Sur ma jeune malade, avec un crâne si mou et si flasque en apparence, je fus d'abord étrangement étonné de ce qui se passait à mesure que s'écoulait le liquide : ces larges plis de la région syncipitale qui en auraient fait un monstre, s'ils avaient pu se maintenir; et malgré ces plicatures forcées, et malgré la compression énergique exercée sur le crâne, une si faible diminution de ses proportions principales, à cause de l'ossification toujours plus avancée de la base et des côtés. Alors je me mis à étudier plus sévèrement ces cures admirables que j'avais si bénévolement acceptées; et je vais vous dire, lecteur, pour un certain nombre, à quoi cette annonce fastueuse se réduit.

Je prendrai d'abord l'un des faits les plus circonstanciés, celui de Graefe. Il s'agit d'un enfant de quatre mois, dont le crâne avait *dix-huit pouces un quart* de circonférence. Dans l'espace de cinq mois et demi, on lui fit *onze ponctions;* après chaque ponction, il est dit que les diamètres de la tête étaient diminués *de deux ou même de trois lignes;* or, quinze jours environ après la dernière ponction, la tête avait en circonférence *dix-huit pouces trois quarts*. Le fait est intitulé : *Hydrocéphale chronique guéri par la ponction.*

M. Conquest est beaucoup plus bref. Sa première malade avait vingt mois; l'ossification devait être beaucoup plus avancée que chez la mienne; néanmoins il déclare que deux ans et demi après, l'enfant *n'offrait aucun reste de sa maladie.* Les détails manquent pour juger si ce résultat est bien réel; pour ma part, je le nie d'une manière absolue.

Les autres faits sont plus incomplets encore s'il est possible; il y en a un concernant une jeune fille qui, examinée cinq ans après l'opération, c'est-à-dire environ vers l'âge de six ans (car il n'est pas dit à quelle époque l'opération fut faite), avait une tête de 22 pouces de circonférence. Dupuytren, qui avait le crâne si large, n'allait qu'à 21 pouces et demi (580 millimètres); Napoléon à 21 pouces.

Un dernier cas cependant jette un certain jour sur la question qui nous occupe; un enfant de quatre mois fut soumis à deux ponctions, à un mois de distance; à chaque ponction on évacua *douze onces* de liquide. « Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, dit l'auteur lui-même, c'est qu'après l'opération le volume énorme de la tête n'a pas changé, et qu'aujourd'hui, huit années après la guérison, la tête conserve toujours un volume considérable. » Que la tête ait paru peu changée après l'opération, je le conçois, si M. Conquest n'a examiné que la grande circonférence; car, en mesurant la demi-circonférence transversale, il est trop évident qu'on l'aurait trouvée diminuée après la soustraction de 12 onces de liquide. Mais ce qui m'étonne, c'est l'étonnement même de M. Conquest; car, il a dû voir la tête diminuer bien moins encore chez ses sujets de huit mois et de vingt mois.

Ainsi Graefe mesure exactement la grande circonférence du crâne; et après cinq mois de traitement, non-seulement elle n'a pas diminué, mais elle s'est accrue d'un demi-pouce. M. Conquest, qui ne mesure pas avant l'opération, avoue dans un cas que la tête n'a pas diminué, et, dans un autre, constate que cinq ans après la tête était excessivement volumineuse. Pour moi, qui avais extrait tant de liquide, et comprimé d'une si rude manière, après ma deuxième ponction j'avais à peine conquis quelques lignes, que j'aurais sans doute bientôt reperdues. J'ai dit cependant que l'on pouvait faire quelque peu rétrograder l'hydrocéphale. Je n'en connais qu'un exemple.

M. Russel fut consulté pour une petite fille de douze semaines. La tête avait 25 pouces de circonférence, et 15 pouces et demi d'un conduit auriculaire à l'autre en passant par le vertex. Une première ponction fut faite le 6 août, une autre le 4 septembre; la tête, qu'on recouvrait d'un bandage roulé, fut examinée le 15 septembre; elle avait perdu 2 pouces et demi en circonférence, et 2 pouces et un quart en mesurant par le vertex. Deux autres ponctions furent encore faites; et six mois après, il y

Digitized by Google

avait au total une diminution de 4 pouces sur la grande circonférence, et de 2 pouces et demi dans la mesure par le vertex.

Considérez bien les circonstances de ce fait; c'est un enfant qui n'a pas trois mois; une petite fille, chez qui le crâne devait encore être moins développé que chez un garçon de pareil âge; et cependant l'élargissement du crâne est plus grand que chez aucun des sujets dont nous avons rappelé l'histoire. Aussi le succès est très-marqué, surtout jusqu'à l'âge de quatre mois; il se ralentit un peu à partir de cette époque, et au total nous avons une petite fille de huit mois qui a encore une tête de 19 pouces de grande circonférence, et de 12 pouces et demi de circonférence transversale; c'est-à-dire, à quelques lignes près, le même volume qu'avait ma malade quand je crus devoir tenter l'opération. Est-ce là un cas de guérison? Or, je le répète, je n'en connais cependant pas un second où le résultat ait été vraiment aussi remarquable.

Il faut donc rayer du vocabulaire chirurgical ces expressions ambitieuses de guérisons de l'hydrocéphale par la ponction. On peut rendre l'affection stationnaire; on peut même, chez de très-jeunes sujets, obtenir une petite diminution du volume du crâne, et conséquemment de la collection séreuse; la nature des enveloppes crâniennes défend d'en espérer plus.

Mais, réduite à ces faibles résultats, l'opération doit-elle dès lors être jamais tentée? Je pense qu'elle peut l'être encore légitimement, mais seulement dans ces deux circonstances, qui découlent trop naturellement de tout ce mémoire pour qu'il soit besoin de les développer:

1° Quand le sujet a moins de trois à quatre mois, lors même que l'hydrocéphale paraîtrait stationnaire;

2° Au delà de quatre mois, et sans autres limites que l'ossification du crâne, lorsque l'hydrocéphale s'accroit sensiblement, et menace ainsi la vie générale ou la vie de relation de l'individu.

IBIDEM.

Nouveau procédé pour la section sous-conjonctivale des muscles de l'œil dans le traitement du strabisme; lettre adressée à l'Académie royale des Sciences, le 26 octobre 1840, par M. le docteur JULES GUÉRIN.

J'ai l'honneur d'annoncer à l'Académie que je suis parvenu à réaliser, pour l'opération du strabisme, un procédé qui remplit définitivement toutes les conditions de mes autres procédés de ténotomie et de myotomie sous-cutanées. L'importance qu'a acquise cette opération et l'importance plus grande encore qu'elle me paraît destinée à acquérir, m'engagent à soumettre à l'Académie, avec quelques développements, le procédé dont il s'agit.

Et d'abord, tous les procédés employés jusqu'à ce jour avaient pour but et pour résultat de faire la section des muscles de l'œil en les mettant à découvert, au moyen de plaies plus ou moins étendues de la conjonctive, ou en faisant la section simultanée des muscles et de la muqueuse. Cette méthode rendait l'opération difficile, plus ou moins longue et plus ou moins douloureuse, et consécutivement elle provoquait presque toujours un travail d'inflammation suppurative. Déjà j'avais obvié à une partie de ces inconvénients par un premier essai de méthode sous-conjonctivale, communiqué, il y a quelques mois, à l'Académie. Vingt-deux opérations, pratiquées par cette méthode, m'avaient mis à même d'en apprécier les avantages. Cependant son application rigoureuse n'était pas toujours réalisable: dans quelques cas je n'avais pu éviter les inconvénients inhérents à la méthode des incisions directes, la longueur de l'opération, la douleur et l'inflammation consécutive: soit que la dissection de la conjonctive ne pût s'effectuer complètement, soit que son recollement immédiat n'eût pas été obtenu. Le procédé que je viens d'imaginer me paraît devoir aplanir toutes ces difficultés, et constituer la méthode sous-conjonctivale dans son dernier degré de simplification. Voici en quoi il consiste:

Le sujet est couché horizontalement et a la tête fixée. Les paupières étant maintenues écartées et le globe oculaire attiré en avant et un peu sur le côté, au moyen d'une airigne, j'enfonce perpendiculairement dans l'angle interne ou externe de l'œil, suivant le muscle à diviser, et sur le côté de ce dernier, un petit instrument convexe sur le tranchant et doublement coudé sur sa tige. La lame de l'instrument ayant pénétré de toute sa longueur (15 millimètres environ), je la relève horizontalement en la faisant glisser entre le globe oculaire et la face correspondante du muscle. Dans un troisième temps, je présente le tranchant convexe de l'instrument à la face interne du muscle, et je divise celui-ci de dedans en dehors, c'est-à-dire du globe oculaire à la paroi de l'orbite. Le globe oculaire étant attiré en avant et un peu sur le côté, c'est-à-dire dans la direction même du muscle à diviser, produit la tension de ce dernier et facilite l'action de l'instrument tranchant. La section s'annonce par un bruit

Digitized by Google

de craquement, le sentiment d'une résistance vaincue, et par un petit mouvement du globe de l'œil, qui cède dans le sens de la traction. L'instrument est retiré par la petite ouverture d'entrée, et il n'y a aucune autre apparence de plaie extérieure. On peut s'assurer que la section du muscle a été faite complétement par la rotation de l'œil dans le sens opposé, rendue plus étendue et plus facile, et par l'impossibilité de la rotation dans le sens inverse, ou au moins par une diminution sensible dans l'étendue de ce mouvement.

J'ai appliqué deux fois ce procédé, avec un plein succès, à la section du droit interne. Le muscle a été divisé complétement en moins d'une minute, sans autre plaie extérieure qu'une simple piqûre de la conjonctive et avec redressement instantané du globe oculaire. La seconde application a été faite à la Muette, sur une demoiselle de 18 ans, en présence de MM. les docteurs Dubowtski, Meurdefroy, Laborie fils et Kuhn.

Veuillez agréer, etc.

Gazette médicale. — Octobre 1840.

Examen des doctrines reçues jusqu'à ce jour sur l'étranglement des hernies ; lu à l'Academie royale de médecine le 13 juillet 1840; par J. F. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

L'histoire de la chirurgie, convenablement étudiée, peut sans doute servir aux progrès de la science, en remettant en lumière des observations perdues, des méthodes oubliées; de même qu'en établissant l'état réel de nos connaissances, elle montre ce qui reste à faire et fournit un point de départ assuré aux recherches ultérieures. Mais elle a encore une utilité plus grande peut-être, qui, jusqu'à présent, n'a pas été suffisamment comprise; en nous faisant assister à l'origine, au développement des doctrines qui règnent en souveraines dans le domaine de l'art, elle en met à nu les premiers fondements; elle apprend à distinguer celles qui nous sont venues par hypothèse et tradition de celles qui ont vraiment leurs racines dans l'expérience, et devient alors un critérium infaillible pour discerner, sinon toujours le vrai du faux, du moins ce qui est certain de ce qui ne l'est pas.

J'ai déjà appliqué ce mode d'investigation philosophique à l'examen de quelques doctrines spéciales, et l'on s'est étonné de voir reposer sur des bases si fragiles certaines opinions, que le temps semblait avoir consacrées. Je me propose aujourd'hui de discuter l'une des questions les plus importantes de la pathologie chirurgicale, celle de l'étranglement des hernies. Est-il vrai, comme tous les chirurgiens l'admettent, que cet étranglement soit déterminé par les anneaux aponévrotiques, et que le collet du sac n'y participe que fort rarement, suivant les uns, et tout au plus pour les deux tiers des cas, suivant les autres? Est-il vrai qu'il y ait un étranglement aigu qui soit inflammatoire, et un étranglement chronique par accumulation de matières fécales? Et ces données fondamentales de l'histoire des hernies étranglées, qui sont professées à cette heure comme choses certaines dans les plus fameuses universités de l'Europe, s'appuient-elles sur quelque chose ou sur rien? Le problème, posé en ces termes, doit exciter, si je ne me trompe, non-seulement l'attention, mais peut-être aussi l'étonnement des chirurgiens.

L'histoire chirurgicale des étranglements herniaires se partage naturellement en quatre époques. La première s'étend de la plus haute antiquité jusqu'au seizième siècle; la seconde et la troisième, comprenant chacune environ un siècle, nous mènent jusqu'en 1750, où reprend la quatrième, qui se continue enfin jusqu'à nos jours.

PREMIÈRE ÉPOQUE. — DES TEMPS D'HIPPOCRATE JUSQU'EN 1550.

On ne trouve, dans toute la collection hippocratique, qu'un seul passage où il soit question de hernies étranglées : c'est au deuxième livre des Épidémies. L'auteur semble croire que l'étranglement, ou du moins les phénomènes qui s'y rapportent arrivent rarement dans les hernies inguinales, et sont propres aux hernies de la ligne blanche. Voici ce passage, d'après la traduction de Cornarius:

Pectinum ruptiones, quæ quidem circa pubem fiunt, ut plurimum statim sunt innoxia (Foès traduit: *sunt idolentia*). *Quæ verò paululum supra umbilicum in dexterâ parte, hæ dolorosæ sunt, et anxiosæ, et stercoris vomitum inducunt, velut etiam Pittaco accidit. Fiunt autem hæ aut à plagâ, aut à vulsurâ* (Foès: *aut diruptione*), *aut alterius insultu.*

D'où peut provenir cette rareté de documents dans Hippocrate sur une affection si fréquente? D'après quelques renseignements que j'ai recueillis, les hernies seraient bien plus rares dans la Grèce moderne que parmi nous; peut-être en était-il ainsi au temps d'Hippocrate. Toutefois nous trouvons l'étranglement signalé pour les hernies inguinales, et même un procédé opératoire mis en usage, par un de ses successeurs presque immédiats, Praxagoras de Cos. C'est Cœlius Aurelianus qui nous a con-

Digitized by Google

servé ce curieux fragment de la chirurgie antique, dans le chapitre qu'il consacre à la *colique aiguë* ou *iléon*. Afin de bien comprendre la valeur de ce passage, il est essentiel de remarquer que, sous ce titre d'*iléon*, et plus tard sous celui de *volvulus*, les anciens comprenaient un assemblage de symptômes dont les causes pouvaient être fort différentes, et que l'une des principales causes de cette affection, c'était une hernie, et plus spécialement la hernie scrotale. Ainsi, Héraclide de Tarente, cité aussi par Cœlius, avait remarqué que dans l'iléon le plus intense, où le malade vomit des matières fécales, on sent quelquefois les intestins faire saillie immédiatement sous la peau, à raison de la distension du péritoine : *aliquando etiam, ut Heraclides Tarentinus memorat, quarto libro de internis passionibus, intestinorum verticula distentis cutibus, cum peritonæo disjecto sola fuerit ac superposita cutis* (1). On pourrait, à la rigueur, retrouver quelque chose de semblable dans la description que Celse donne de l'iléon; mais il serait au moins inutile de s'arrêter sur un texte obscur quand nous avons des témoignages si manifestes. Archigènes, qui vivait un peu avant Galien, expose d'abord les causes générales du volvulus, et ajoute : *Contingit et his quibus intestinum in scrotum una cum stercore delapsum est, indèque violenter retrusum, ex eoque inflammatum existit* (2). Un peu plus tard, Léonides professait également que l'accumulation des matières fécales dans la hernie scrotale diminuait les *coliques du volvulus*, *tormenta volvulosa* (3). Enfin Paul d'Egine est plus explicite encore. En effet, au chapitre de la *hernie intestinale*, il parle du danger de l'accumulation des matières fécales, mais il passe absolument le traitement sous silence, omission juste et logique, puisqu'il en avait traité au chapitre de l'*iléon : Si ex intestini prolapsu in scrotum affectus processerit, etc.* (4).

Il résulte de tout ceci que les anciens avaient fait deux parts dans l'histoire des hernies; qu'au chapitre de la *hernie* ils traitaient à peu près exclusivement de la hernie simple, et de la hernie étranglée au chapitre de l'*iléus* ou du *volvulus*, de telle sorte que, pour avoir une idée exacte de leurs doctrines sur ce sujet, il est nécessaire de comparer les deux chapitres. Revenons maintenant à Praxagoras. Il opposait à l'*iléon* de nombreux remèdes, auxquels Cœlius ne fait point grâce; mais le critique s'emporte surtout contre l'opération proposée par l'auteur. *Quibusdam etiam manibus premens intestina, magnâ quassatione vexavit, quibus intestinum, quod Græci* τυφλὸν ἔντερον *appellant, in folliculum fuerat lapsum, plurimis stercoribus confertum. Item confectis quibusdam supradictis adjutoriis dividendum ventrem probat pubetenus : dividendum etiam intestinum rectum, atque detracto stercore consuendum dicit, in protervam veniens chirurgiam. Oportebat enim, si ad hoc accidendum necessitas imperabat, enterocelicorum approbare curationem* (1).

Malgré le latin barbare de Cœlius, le taxis et l'opération sont assez clairement indiqués pour ne laisser aucun doute. On aperçoit là la première origine de la doctrine de l'engouement, *stercoribus confertum ;* seulement il semble que Praxagoras ne l'admettait que pour la hernie du cœcum, τυφλὸν ἔντερον. Le mot de *rectum*, qui se trouve plus bas, me paraît devoir s'appliquer au mode de l'incision à faire à l'intestin. D'ailleurs, l'idée d'une opération dans ces circonstances ne fit pas grande fortune.

La théorie de l'engouement fut étendue par Celse à toutes les hernies stercorales, mais avec une autre modification. Il dit nettement dans un endroit : *Nonnumquàm autem stercore accepto vastius tumet*, etc.; mais plus loin il ajoute, en parlant des accidents : *quæ ex stercore, ex cruditate eo delapso, ferè accidunt.* Quelques manuscrits portent: *et ex cruditate ;* d'autres : *per cruditatem* (2). Qu'est-ce que c'est que ce nouvel élément introduit dans la question? La réponse n'est pas donnée bien clairement par Celse lui-même; il range la crudité parmi les phénomènes qui peuvent précéder la fièvre dans les maladies : *Si præcordia dolent, aut inflatio gravis est, aut toto die non concocta fertur urina, cruditatem esse manifestum est* (3). Cela paraît se rapporter à l'embarras gastrique. Quoi qu'il en soit, il est remarquable que Celse ne parle de ces accidents qu'à propos de hernies considérables, et même chez des sujets âgés ; aussi les vomissements sont constitués par de la bile jaune, puis verte, puis noire, rien de plus. Dans ces cas, l'emploi du scalpel serait, selon lui, manifestement pernicieux; il se borne à recommander la saignée, la diète, les cataplasmes, les bains, et il redoute les lavements, qui peuvent bien introduire de nouvelles matières dans le scrotum, mais non en rien retirer.

De Celse à Archigènes, la théorie s'est également modifiée. A l'incarcération des matières fécales, il

(1) Cœlius Aurelianus, édit. d'Amman; Acut. morbor. lib. III, cap. 17, p. 236.
(2) Ætius, sermo IX, cap. 28.
(3) Ætius sermo XIV, cap. 23.
(4) Paulus Ægin., lib. VI, cap. 45, et lib. III. cap. 44.

(1) Coel. Aurelianus, éd t. cit., p. 244.
(2) Celsus, lib. VII, cap. 18 et 20. Voyez aussi les notes de l'édit. de Targa, t. II, p. 495.
(3) Celsus, lib. II, cap. 7.

Digitized by Google

faut ajouter comme effets principaux la distension et l'inflammation de l'intestin hernié. Le traitement est régularisé d'après ces données nouvelles. Dans le début et avant l'inflammation, il faut essayer la réduction sans retard, et nous retrouvons là l'origine de cette position celèbre à donner au malade, la tête en bas, les pieds en haut, *decubitu sursùm versus vergente adornato.* Mais si déjà la compression a déterminé l'inflammation, et par suite les coliques et le gonflement. Archigènes recommande la saignée, la diète pendant trois jours, les fomentations de vin et d'huile, les cataplasmes de farine, et quelquefois enfin des scarifications faites au voisinage des parties enflammées.

Léonides suivait la même théorie, et à peu de chose près la même pratique. Dès le début des accidents, il faut essayer la réduction; la position du malade est celle qu'avait indiquée Archigènes; mais, chose remarquable, Léonides ajoute que les cuisses doivent être tenues écartées; *declive jacente œgro, diductis cruribus.* C'est un précepte tout à fait contraire à celui que posent A. Cooper et beaucoup de chirurgiens modernes; mais j'ai fait voir, par des observations pratiques et des expériences, que c'était là le meilleur moyen d'élargir l'anneau inguinal externe. N'est-il pas à propos de noter ici que les anciens n'avaient pour se diriger que l'empirisme ou la pratique usuelle; mais que ce guide est bien moins trompeur que les théories anatomiques sur lesquelles sir A. Cooper a établi son précepte thérapeutique? Du reste, si les parties adjacentes au scrotum étaient prises d'inflammation, Léonides différait la réduction et commençait par les fomentations et les scarifications; sans quoi, ajoute-t-il, fréquemment les parties tombent en gangrène.

Tel est le résumé de la doctrine antique touchant l'étranglement des hernies; Galien, en effet, est muet sur ce point; et Paul d'Égine se borne à recommander la réduction en ces termes qui ne sont pas bien clairs : *Figuratis statim ipsis sublimibus, in inguina compelletur delapsum intestinum, fasciâque deligabitur.*

Je n'ai rien trouvé de nouveau dans les écrivains arabes, non plus que dans les arabistes des treizième et quatorzième siècles. Guy de Chauliac qui les représente n'aborde pas même la question de l'étranglement; du reste, ils suivaient en ceci la méthode des anciens et principalement de Paul d'Égine; et ils reléguaient l'étranglement dans les livres de médecine à l'article du volvulus. On peut d'ailleurs se faire une idée de leur pratique, d'après un passage assez intéressant de Gilbert l'anglais qui a été récemment rappelé par M. Dezeimeris.

« *Et ego vidi crepaturam magnam in homine cujus intestina non poterant redire nec reponi propter duritiem stercoris jam exsiccati et indurati, in cujus repositione mollificatio, aut fomentatio, aut clisterisatio, aut impulsio, aut inscissura, et omne ingenium defecit. Undè egrens per os est yliacus, cum non pateret via subductioni, mortuus est* (1).

Ces deux mots, *aut inscissura*, indiqueraient-ils une opération analogue à celle de Praxagoras, ou bien seulement serait-ce un synonyme barbare du mot *scarificatio* employé par les devanciers de Gilbert? Cette dernière interprétation me paraît plus naturelle. En effet, ni à cette époque, ni jusqu'au milieu du seizième siècle, je ne rencontre aucun indice d'une pareille opération. Dans le quinzième, Barthélemy Montagnana, dans une consultation spéciale pour la hernie étranglée, recommande d'abord d'appliquer de l'huile d'olive sur la tumeur; après quoi, pour refouler les matières indurées, il propose six moyens : 1° les lavements; 2° les ventouses; 3° les ligatures posées sur les membres inférieurs et les frictions pratiquées le long de la jambe; 4° les ventouses appliquées sur la partie interne des cuisses, sur le mollet, sur les fesses; 5° la saignée; 6° le vomissement provoqué. A cette énumération, on comprend combien rarement les chirurgiens devaient réussir; du reste, ils ne s'abusaient point sur le pronostic; si les matières fécales pourrissent dans le scrotum, dit Montagnana, la mort arrive d'ordinaire du quatrième au septième jour (2).

On chercherait vainement des idées plus avancées dans les écrivains qui suivirent; et il faut arriver à la seconde moitié du 18e siècle pour voir prendre soudainement à la chirurgie des hernies étranglées une physionomie toute nouvelle.

DEUXIÈME ÉPOQUE. — DE 1550 A 1650.

Le premier exemple connu d'une opération pratiquée pour remédier à l'étranglement remonte à l'année 1551, et nous a été conservé par Rousset.

OBS. — Un certain Monceaulx, maître d'école à Blois, portait une hernie du volume de la tête; elle s'incarcéra. Il fut opéré par Maupas, chirurgien de Blois, en présence de Charlemagne, son beau-père, de Jacques de Bellai père et fils, chirurgiens de la même ville, et d'Alexis Gaudin, premier médecin de la reine. L'opération réussit; mais la hernie reparut peu de temps après, et obligea le patient de porter de nouveau un bandage.

En quoi consistait l'opération de Maupas? on peut s'en former une idée assez exacte d'après un second fait rapporté par le même écrivain.

(1) L'Expérience, 1840, p. 126.

(2) Voyez mon introduction aux Œuvres comp. d'Amb. Paré, p. 93.

Digitized by Google

Obs. — Vers le milieu de mai 1589, un cordonnier nommé François Dupré, âgé de 50 ans, et depuis longtemps porteur d'une hernie, après avoir longtemps joué à la paume sous un soleil ardent, sentit brusquement sa hernie sortir plus volumineuse que de coutume; et n'ayant pu la faire rentrer, il fit appeler Maupas et Charlemagne qui essayèrent la réduction avec aussi peu de succès. L'opération fut donc résolue. « Le malade assujetti sur un banc, comme à l'ordinaire, Maupas fit avec le rasoir une incision qui commençait à quatre doigts au-dessus du pubis et se terminait dans la région de cet os, divisa peu à peu les parties jusqu'à ce qu'il fût parvenu tout près de la cavité du ventre, prenant garde uniquement à ceci, de ne léser ni l'intestin ni aucune autre partie interne. Ayant mis à nu le creux occupé par la hernie (laquelle avait été déterminée sans aucun doute par la rupture du péritoine) et ayant fait au péritoine, avec la plus grande précaution, une incision égale à celle de la peau, alors avec les mains, et le plus doucement qu'il leur fut possible, ils retirèrent peu à peu du scrotum, l'épiploon, puis des anses assez considérables d'intestins, y compris le cœcum tout entier; et ils les replacèrent dans la cavité du ventre. Mais comme l'épiploon était presque entièrement corrompu et livide, ils l'étreignirent par une ligature, en retranchèrent une portion du volume de deux œufs de poule, et repoussèrent le reste avec la ligature et les intestins à l'intérieur du ventre. La portion la plus inférieure (*depressissima*) des intestins était déjà noircie et frappée de sphacèle, par suite des compressions trop répétées. Les lèvres de la plaie furent réunies par cinq points de suture gastroraphique. »

Là s'arrête ce qui regarde le procédé; mais il ne sera pas sans intérêt d'ajouter que dès le troisième jour les matières fécales sortirent par la plaie, et continuèrent à s'écouler ainsi pendant un mois et demi. Au bout de ce temps, il ne restait qu'une fistule donnant issue à un liquide safrané semblable à une infusion de rhubarbe, laquelle se ferma au bout de quatre mois; et le malade survécut encore près de neuf ans, sans avoir besoin de porter de bandage et sans aucune récidive de sa hernie.

Ainsi donc le chirurgien de Blois mettait à nu le col de la hernie par une incision qui s'étendait à peu près également au-dessus vers le ventre et au-dessous vers le scrotum. Telle était aussi, au rapport de Rousset, la manière de faire de Florent Vallée, fameux inciseur, et de son fils qui suivit la même carrière. « Tous deux commençaient leur incision au-dessus de l'origine de la tumeur, descendaient de là jusqu'au lieu par lequel s'était échappée la hernie, divisaient avec précaution la peau, les muscles, le péritoine, et, écartant les bords de l'ancienne rupture, faisaient rentrer l'intestin à l'intérieur, et pratiquaient ensuite la gastroraphie. »

Rousset rapporte une opération de ce genre faite à l'hôpital de Pithiviers par ce Florent Vallée, laquelle fut suivie de succès; mais elle n'a d'autre intérêt pour nous que la cause théorique à laquelle on attribuait l'étranglement. *Le malade*, dit notre auteur, *porteur d'une hernie volumineuse, avait les intestins très-distendus par des excréments et des vents; en sorte qu'ils ne pouvaient être réduits, ni rien rejeter au dehors de ce qu'ils contenaient; ce que l'on appelle incarcération intestinale.* C'est, comme on voit, la théorie ancienne, sauf l'élément nouveau des *vents* enfermés dans l'intestin avec les matières fécales (1). Remarquez que tant qu'on ne pratiqua point d'opération, on attribuait la dureté de la hernie aux matières fécales seules; et que cette théorie ne put pas même se soutenir en entier devant les inciseurs du seizième siècle.

Mais avant Rousset, un chirurgien de grande et juste renommée, Pierre Franco, avait abordé ce sujet, et décrit un procédé particulier pour l'opération. Écoutons d'abord ce qu'il dit de l'accident en lui-même.

« Quand la matiere fecale est retenue dans le scrotum, il aduient quelquefois vn inconuenient fort dangereux aux hernies intestinales ou ruptures, encores plus dangereux que le precedent (que les adhérences) : assauoir que quelquefois se fait vn tel amas de matiere fecale auec quelques ventositez dans le scrotum, que à cause de la grande inflammation qui s'y fait, ny l'intestin ny la matiere ne peuuent estre reduits en leur lieu : à cause que le pertuis du peritoine est trop petit à comparaison des intestins, qui cause aussi que le patient ne peut aller à selle, pour la retention de ladite matière ou inflammation. »

Il ne veut pas que l'on y touche si le scrotum a pris une *couleur noire, liuide ou bleue, et aussi que l'hernie soit plustost ronde que longue, qui sont tous presages de mort.* Mais si la hernie est *oblongue et comme en forme d'œuf*, après avoir tenté les autres moyens, il en vient *à la main.*

« Il fault auoir vn petit baston de la grosseur d'une plume d'oye, ou vn peu plus gros, rond, et qui soit plat d'vn costé et demy rond. Il sera rond deuant, afin qu'il entre plus facilement. Or fault-il faire l'incision à la plus haulte partie du scrotum,

(1) Rousset, *Τστεροτομοτοκιας*, 1590, p. 206 à 212. Voyez aussi l'édition française primitive, 1581, p. 39 et 50. Dans cette édition française, Rousset mentionne, à côté de Florent Vallée, un autre inciseur Martineau de Montargis, dit Borlivet, qui opérait également la hernie étranglée.

Digitized by Google

tirant vers le penil, et faire l'ouuerture au commencement telle que le baston y entre, se gardant de rien toucher aux intestins, comme a esté dit au chapitre precedent. Ayant trouué le didyme, on passera le baston entre iceluy et la chair du penil, et le fault pousser en hault en contremont. Le costé plat dudit baston sera dessus, à cause qu'en coppant, s'il estoit du tout rond, ne se feroit si facilement, pour ce que le scalpelle ou rasoir couleroit d'vn costé ou d'autre. Ayant mis la pointe du baston assez auant, on coppera la chair du scrotum ou penil sur le costé plat du baston : afin de ne blesser les intestins, ayant fait bonne ouuerture : car n'y a danger de la faire assez longue : afin qu'ils se puissent reduire plus à leur aise : parce que le didyme et chair de mirach se pourront mieux relargir par ce moyen, qui pourra estre cause que les intestins seront reduits en leur propre lieu. Il faudra donq essayer à les remettre dedans petit à petit.

» Et cas aduenant, que facilement sans gueres les presser ne se voulsissent reduire, à cause de la grande abondance de matiere, ou inflammation, faudra proceder par ce moyen : assauoir prendre le didyme, et le copper tout bellement sur l'ongle, comme auons dit, en esleuant les membranes du didyme auec crochets, et le copper iusque aux intestins : et ayant fait ouuerture par où le baston pourra passer, on le mettra entre les intestins et les membranes du didyme, en le poussant tout bellement auant en contremont, et en le tenant eslevé en haut ; afin de mieux iuger s'il prend aucun des intestins : toutefois ne sont pas faciles à prendre, d'autant qu'ils sont vnis et glissans. Alors on coppera le didyme sur ledit baston iusques au peritoine, ou plus haulte partie, qui est vers le trou, par où commencent les intestins à descendre au scrotum, mais fault faire bonne ouuerture au peritoine, sans rien craindre, pour plus grande asseurance, et comme l'on fait en telles choses desesperées. Alors fault prendre quelque linge suaue, et essayer de remettre les intestins peu à peu, commençant à ceux qui sont plus haults vers le peritoine et ventre. Car puis que l'on aura commencé, le reste suyura facilement. Estants reduits faudra proceder comme a esté dit cy-dessus, toutefois si le patient le veut : ce qui est le plus expedient... (1). »

Telles sont les paroles de Franco. Il ne dit pas que ces procédés lui appartiennent; il ne dit pas même qu'il les ait appliqués, en sorte que l'on a pu douter s'il en était ou non l'iventeur. Et quand on voit à la même époque Franco et Maupas en possession de procédés divers pour une opération dont jusque-là on ne rencontre aucune trace, il est permis de se demander si eux-mêmes ne les avaient point reçus par tradition de quelques inciseurs ignorés, de même que l'on a retrouvé à une distance assez grande les véritables inventeurs de la taille au cathéter et la rhinoplastie, qui ne furent vulgarisées que plus tard par Marianus Sanctus et par Tagliacozzi.

Quoi qu'il en soit, la théorie de Franco se rapproche beaucoup de celle de Rousset; comme lui, il accuse *l'amas de matière fécale et de ventosités*, en y ajoutant l'inflammation, mentionnée anciennement par Archigènes. Toutefois, Franco signale une circonstance capitale : c'est l'étroitesse de l'ouverture, première notion de la cause peut-être la plus importante des accidents de la hernie, et qui, jusque-là laissée dans l'ombre, finira par écarter toutes les autres, et par imposer au *miserere* le nom nouveau qu'il porte encore de nos jours, *l'étranglement*.

Le procédé décrit par Franco mérite une attention d'autant plus sérieuse qu'il n'a pas été suffisamment compris. On a cru que Franco commençait pas débrider l'anneau sans ouvrir le sac, et qu'ainsi il était l'inventeur de la méthode proposée plus tard par J.-L. Petit. Mais Franco n'avait pas et ne pouvait avoir ces idées. A s'en rapporter rigoureusement à son texte, il aurait prévu en quelque sorte l'étranglement par le collet : *le pertuis du péritoine est trop petit à comparaison des intestins;* et il eût été absurde d'aller débrider l'anneau, tandis qu'il plaçait le siége de l'étranglement ailleurs. Mais il ne faudrait pas lui faire honneur de vues plus avancées que ne le comportait son époque; il croyait, du moins dans un bon nombre de cas, qu'il n'y avait pas de sac herniaire; le pertuis du péritoine était pour lui une déchirure; il pensait que cette déchirure était quelquefois trop étroite, et voilà tout. Quant au procédé, il commençait par mettre à nu le didyme, c'est-à-dire les membranes du cordon enveloppant la hernie; et sans débridement d'aucune espèce, il essayait la réduction, qui en effet est alors plus facile qu'à travers l'épaisseur de la peau. Si le taxis était encore infructueux, il mettait à nu les intestins et débridait par une *bonne ouverture*, divisant ainsi et le collet et les anneaux, sans savoir au

(1) Franco Traité des hernies, 1561, p. 45 et suiv. — Ce dernier temps de l'opération est simplement la gastroraphie. Il convient de noter, pour l'intelligence du texte, que le mot de *didyme* avait alors deux significations, selon qu'on l'employait sous le point de vue anatomique ou pratique. Dans son anatomie, Franco écrit *didyme* comme synonyme de *testicule;* mais plus loin il signale le lieu où se fait la hernie, *là où finissent les nerfs et muscles appelés cremastères, et là où commencent le dartos et erythroïdes, lesquelles membranes composent ce que nous appelons didyme*. Le didyme est alors, à proprement parler, le cordon, et c'est ainsi que l'auteur en parle dans la partie pratique de son livre. (Voyez p. 16, 28, 82, etc.)

Digitized by Google

juste ce qu'il faisait. Il est même à remarquer que dans les cas de hernies marronnées, où l'étranglement, comme on sait, est plus serré qu'aux autres, il n'osait recourir à l'opération.

A. Paré ne fit que reproduire les deux procédés de Franco, en substituant toutefois une sonde cannelée au *petit baston* demi cylindrique dont se servait son devancier, et il n'ajouta d'ailleurs aucun fait, aucune idée à ce qui avait cours avant lui. On peut même conjecturer qu'il ne pratiqua jamais cette opération, et probablement il faut en dire autant de ses disciples. La dernière mention que j'en aie trouvée au seizième siècle se rencontre dans l'appendice ajouté par Bauhin à son édition latine de l'ouvrage de Rousset. Je donnerai cette observation tout entière, comme la plus complète qui nous reste de ce temps. Si l'on trouvait que je me complais trop longuement dans cette histoire d'une époque si éloignée de nous, et si en arrière de nos connaissances actuelles, je ferais remarquer que ce sont précisément les origines des doctrines contemporaines qu'il s'agissait de fouiller, afin de mettre à nu leurs fondements, et de juger sur quelles démonstrations elles s'appuient. Voici, sauf quelques longueurs de rédaction que j'ai supprimées, le récit de Bauhin.

Obs. — Adam Brantz, du village de Richan, canton de Bâle, après avoir porté pendant longtemps une hernie intestinale, enfin se soumit à l'incision et fut complétement guéri. Mais deux années après, étant âgé d'environ 30 ans, il eut une récidive de sa hernie, avec cette différence toutefois qu'elle se composait d'intestin et d'épiploon, et qu'au lieu de tomber dans le scrotum comme auparavant, elle faisait saillie sur le côté de l'aine gauche. Il prit longtemps son mal en patience; mais la hernie augmentant toujours, enfin il devint incapable de travailler, et fut réduit à demander l'aumône. Dans l'hiver de 1586, par un froid très-intense, il s'en allait donc ainsi de porte en porte; le froissement de la culotte irrita la peau et les couches sous-jacentes jusqu'à l'épiploon; la gangrène parut imminente; il se mit au lit, et l'on vint pour lui implorer mes conseils.

Je me rendis à son village avec plusieurs de mes élèves, et accompagné d'un lithotomiste; et nous examinâmes le cas. Les choses étaient en si mauvais état, que l'opération fut d'abord jugée impraticable; mais enfin, vaincus par les prières du malade, nous suivîmes le précepte de Celse : *Melius anceps remedium quam nullum*, et mon lithothomiste se mit à l'œuvre.

Voici d'abord quel était l'aspect de la tumeur. Elle offrait le volume d'une tête d'enfant, et était envahie par une ulcération qui avait détruit la peau avec les parties sous-jacentes : ayant voulu sonder ces ulcérations avec un stylet, l'instrument pénétra sans aucun obstacle dans la cavité même de l'abdomen, et sans causer presque aucune douleur au malade, qui sentait à peine la présence du stylet, preuve manifeste que le péritoine était lésé lui-même. De plus, la graisse qu'on apercevait à la surface de la tumeur, et qu'on écartait facilement avec le stylet, sans produire de douleur, montrait suffisamment que nous avions affaire à l'épiploon.

Le malade fut couché sur une table et attaché avec des liens, comme à l'ordinaire; puis l'on fit une large incision à l'abdomen. On chercha alors à replacer les intestins, mais en vain; ils étaient tellement distendus par des vents et adhérents à l'épiploon, qu'à peine si on pouvait avec ses mains les en séparer. Les voyant ainsi comme emprisonnés (de la même manière que chez les sujets affectés d'une hernie sus-ombilicale, et auxquels survient un volvulus, ce dont nous avons eu un exemple il y a peu d'années chez un sujet qui fut soumis à une grande incision du péritoine, et qui guérit si bien qu'il vit encore aujourd'hui), je me souvins que Galien, et avec lui Celse et Paul d'Egine, recommandent dans les plaies du ventre avec issue des intestins, de dilater largement la plaie si elle est trop étroite, pour permettre la réduction des intestins, et je fus d'avis d'agrandir à la fois, et l'incision des muscles, et la rupture du péritoine. Cette dilatation opérée, la réduction fut encore impossible; en conséquence, il fallut, avec le bistouri, séparer les intestins de l'épiploon, et sur les côtés du péritoine auxquels ils étaient adhérents, ce qui ne put se faire sans que l'un des intestins grêles se trouvât légèrement blessé. On vint à bout néanmoins de les isoler; on ferma la lésion intestinale à l'aide d'une suture; après quoi, le tout fut réduit dans l'abdomen; et la plaie extérieure rapprochée à son tour par une légère gastroraphie. Le malade avait supporté toute l'opération sans perdre une seule fois connaissance.

Dès lors les matières fécales prirent leur cours par la plaie, et non par l'anus. En conséquence, chaque jour on administrait des clystères; mais malgré la grande quantité de liquide injecté, ils n'arrivaient jamais à la plaie, et étaient rendus comme ils avaient été pris. La plaie du ventre se cicatrisa, mais non celle de l'intestin, pas même encore à l'heure présente; il ne passe rien des matières fécales par l'anus, tout s'échappe par la plaie intestinale, qui reste ouverte vers le côté gauche de l'ombilic; mais le malade n'en souffre point, et ne sent pas même quand les matières veulent sortir. Il emploie un fort bandage, *forti ligatura utitur*, et ne peut se livrer aux occupations de la campagne trop difficiles.

L'observation en elle-même offre plus d'une sorte d'intérêt; je n'y veux quant à présent signaler que deux choses; premièrement l'absence de tout détail sur la constriction, que les doctrines actuelles met-

Digitized by Google

tent en première ligne dans les cas de ce genre; deuxièmement, cette mention spéciale que l'intestin était rempli de vents, circonstance déjà aperçue par Franco et Rousset, mais qu'ils avaient combinée avec l'idée ancienne de l'amas de matières fécales; tandis que Bauhin, en face du malade, néglige la théorie pour s'en tenir strictement au fait.

Il se fait maintenant une nouvelle interruption dans l'histoire du débridement des hernies. En France, Guillemeau parle de leur cure radicale et point de leur étranglement; en Suisse, Abel Roscius écrivait à Fabrice de Hilden, en 1626, qu'il avait eu l'idée de recourir, dans un cas d'étranglement, à l'opération de Rousset, mais qu'il y avait renoncé pour n'avoir point de chirurgien assez entendu pour cette opération, et Fabrice lui répondait qu'il serait à désirer qu'on la remît en usage (1). En Italie, elle n'avait pas encore pénétré, et M.-A. Séverin lui-même ne semble pas la connaître. Il nous faut en rechercher quelques traces éparses dans les chirurgiens français; c'était en France qu'elle avait pris naissance, et c'était là qu'elle devait se perpétuer et se perfectionner.

Pigray, qui avait vécu avec Paré, mit au jour, vers 1610, son *Epitome de chirurgie*, où il consacra un chapitre spécial à l'intestin tombé dans le scrotum. On trouve, dans ce chapitre, la description d'une opération qui est vraiment toute nouvelle, et dont en conséquence il a été considéré comme l'inventeur.

« Et la maniere de bien faire ceste operation, dit-il, c'est premierement qu'il faut situer le malade à la renuerse, puis faire l'incision enuiron vn doigt ou plus au-dessus du lieu qui est serré, parce que dessus le lieu on ne peut le faire sans blesser l'intestin : l'ouuerture estant faite iusques au peritoine, on fera tourner le malade sur la partie opposite, afin de reculer les intestins du lieu où l'ouuerture doit estre faite : puis coupper le peritoine et mettre vn doigt dans la plaie, retirant doucement et peu à peu l'intestin qui est tombé, en la retournant en son naturel, ayant la main vn peu frottée ou de beurre frais ou d'huille d'amandes douces. Et s'il y en auoit telle quantité de tombé qu'on fust contraint de faire plus grande ouuerture, il la faudrait continuer iusques au lieu serré, mais en y mettant le doigt, et la faire dessus ou sur vn specille proprement fait, pour la conseruation de l'intestin (2). »

Cela est net et précis, toutefois je ne peux me défendre de quelque doute sur l'origine de cette méthode. Pigray ne se vante ni de l'avoir trouvée ni d'avoir jamais appliqué celle-là ou une autre; et il serait fort possible que la découverte résultât uniquement d'un contresens fait par Pigray dans l'interprétation de Rousset. Une trentaine d'années plus tard, Couillard, chirurgien de Montélimart, publiait deux observations de hernies étranglées, dans lesquelles il dit avoir *fait ouuerture en la partie inguinale de l'hypogastre*, et avoir *retiré tout doucement tout ce qui était contenu contre nature dans le scrotum*. Qui ne croirait qu'il s'agit là de la méthode de Pigray? Et cependant, Couillard renvoyant à la description qu'il en a donnée dans son *Chirurgien opérateur*, si l'on recourt à cet ouvrage, on voit qu'il faisait l'incision tout simplement à la manière de Franco et de Paré, seulement en procédant sans autre tentative au débridement (1).

Le dernier chirurgien de cette époque qu'il faille citer sur ce sujet est Samuel Formi, qui exerçait depuis cinquante ans à Montpellier lorsque ses observations furent publiées avec celles de Rivière, en 1646. Dans les premiers phénomènes du *miserere*, il ne voit d'abord que le boyau sorti qui ne veut pas rentrer; et sans s'occuper d'en rechercher la cause, il procède par la position renversée, le taxis, et les fomentations d'eau froide; mais plus tard, *lorsque l'intestin est enflammé, et qu'en raison du gonflement, il ne peut pas rentrer par l'étroit orifice de la rupture péritonéale*, il veut que l'on dilate cet orifice par l'incision.

C'est là, comme on voit, la théorie de Franco; mais le procédé opératoire est un peu différent. Formi commence par mettre la hernie à nu, après quoi il tente le taxis; et si le taxis ne réussit pas, alors il glisse dans la plaie une sonde cannelée, et *coupe l'abdomen sur cette sonde avec des ciseaux, en dirigeant la section en haut ou en bas, selon que le chirurgien le jugera plus convenable*. Cette dernière partie du procédé est absurde; mais l'idée de tenter le taxis sur la hernie à nu avant de débrider est fort heureuse; elle a été mise en pratique par Ledran, par J.-L. Petit et bien d'autres; moi-même j'ai réussi de cette manière dans un cas de hernie crurale. Au reste, c'est en quelque sorte le complément de l'idée de Franco.

Mais le nom de Formi marque dans l'histoire de l'étranglement herniaire, parce qu'il est le premier qui, en dehors de toute théorie, ait cherché et constaté par l'observation directe le siége de l'étranglement.

« Dans cette opération, poursuit-il, j'ai observé une chose tout à fait digne d'être notée sur une femme que j'ai guérie; c'est-à-dire que l'abdomen étant ouvert, l'intestin, qui, depuis treize ans était

(1) Fabricii Hildan. Cent. VI, obs. 70.

(2) Pigray, Epitome, etc., liv. II, chap. 41.

(1) Couillard, Obs. iatro-chirurgiques, obs. 17 et 18, et le Chirurgien opérateur, 2e édit. 1640, p. 142.

Digitized by Google

sorti hors du péritoine et faisait une tumeur permanente dans l'aine, apparut recouvert comme d'une bande charnue, *carnea veluti fascia*, qui enveloppait ledit intestin, allant en augmentant d'épaisseur de la partie inférieure jusque près de la rupture; et enfin étreignait tellement l'intestin dans cette partie, que les excréments ne pouvaient plus passer, d'où était venue la pression iliaque qui donna lieu à l'opération. »

Voici donc enfin le premier fait qui se rattache au siége de l'étranglement, et ce qui en ressort de plus clair, c'est qu'il était constitué par tout autre chose que par les anneaux fibreux. Quant au reste, il me paraît probable qu'il s'agissait d'une hernie crurale, et le fascia charnu pourrait tout aussi bien être le *fascia propria* ou le sac herniaire, attendu que Formi admettait une véritable rupture du péritoine; ou plutôt encore tous les deux ensemble, qu'il n'aura guère songé à séparer par la dissection. J'ai fait récemment l'autopsie d'un vieillard de Bicêtre, qui portait depuis longtemps une hernie crurale en partie irréductible; la hernie était ainsi enveloppée d'un fascia charnu qui doublait partout le sac luimême, et le fascia et le sac étaient tous deux resserrés à leur collet. Mais les détails de ce fait intéressant trouveront mieux leur place dans une autre partie de ces recherches.

TROISIÈME ÉPOQUE. — DE 1650 A 1750.

Les écoles anciennes étaient vaincues; la nouvelle philosophie de Descartes allait rayonner sur la médecine et la chirurgie; et l'autorité dépouillée de tout prestige était remplacée désormais par l'expérience et ce que l'on appelait la raison. Malheureusement la raison tenait une trop large place dans les théories des novateurs; et pour la plupart des questions de chirurgie traitées dans le dix-huitième siècle et même un peu au delà, il faut faire le départ de ces deux éléments fort distincts, l'expérience, trop lente pour être toujours écoutée, et l'imagination, libre du joug, qui ne reculait devant aucune hypothèse.

Ainsi dans l'époque précédente, vous avez vu les chirurgiens soumis aux théories des anciens; c'est l'amas de matières fécales et l'inflammation qui jouent le principal rôle; et si quelques-uns ont noté l'accumulation des gaz et l'étroitesse de la rupture péritonéale, c'est sans y ajouter d'importance, et seulement comme pour compléter ce qu'ils avaient reçu de leurs devanciers.

Mais appelés par Descartes à l'indépendance, les chirurgiens nouveaux font table rase de ces idées; l'étroitesse du passage est le seul phénomène qui les frappe; et la rupture du péritoine, hypothèse qui allait bientôt disparaître, ne suffisant pas pour rendre raison de la difficulté ou même de l'impossibilité de la réduction, ce fut alors qu'on s'en prit aux anneaux herniaires. Il y eut même tout d'abord deux doctrines, toutes deux aussi légèrement adoptées, l'une que l'autre; Riolan avait enseigné que les trois muscles larges de l'abdomen sont tous trois percés d'un anneau pour le passage du cordon spermatique; or les uns attribuaient l'étranglement à tous les anneaux, les autres uniquement à l'anneau externe. Ainsi Dionis établit que l'anneau externe est celui *qui fait l'étranglement*, et recommande en conséquence de *débrider* en coupant le bord de cet anneau. Saviard, plus explicite encore, déclare que cet anneau *fait toujours l'étranglement* (1). D'un autre côté, Littre, étudiant les causes de l'étranglement dans les hernies incomplètes de l'intestin, après avoir accusé l'amas de matières et l'inflammation des parties herniées, alléguait également l'inflammation *des anneaux de l'aine;* et Méry, disséquant une hernie étranglée, trouvait dans l'inflammation de l'intestin la preuve qu'il *avait souffert un étranglement dans les anneaux des muscles* (2).

Mais cette doctrine d'un triple étranglement n'eut presque pas de sectateurs. Elle était fondée sur une erreur anatomique; ce fut l'anatomie qui la renversa. Winslow professa que le muscle transverse n'offrait jamais d'ouverture, et que l'anneau de l'oblique interne n'existait que dans quelques cas rares et exceptionnels. Il est curieux de voir un écrivain de cette époque, qui, sans manquer toutefois d'idées propres, vivait surtout des idées des autres, Garengeot, se débattre entre ces deux opinions anatomiques, et tenter de les concilier. Il admet comme Riolan les trois anneaux, à la condition que *celui du muscle transversal n'est point un anneau;* et quand il arrive à la question chirurgicale, il ne tient plus compte que de celui de l'oblique externe (3).

Il s'en fallait de beaucoup d'ailleurs que Winslow connût bien l'anatomie de la région inguinale. Il avait corrigé une erreur de ses devanciers; il raya du même coup une vérité qu'ils avaient reconnue. Le péritoine, jadis considéré comme formé de deux feuillets membraneux, fut réduit par Winslow à sa lame séreuse; le fascia transversalis fut mis en oubli; de telle sorte que, tout bien considéré, il n'y avait plus de canal inguinal, mais un simple trou fibreux,

---

(1) Dionis, Cours d'opérations, 4e édit., p. 344 et 345. — Saviard, Observ. chirurg., p. 109.

(2) Littre, Mémoires de l'Académie des Sciences, an 1700, p. 306. — Méry, même collection, an 1701, p. 274.

(3) Winslow, Exposition anatom. — Garengeot, Traité des opér. de chirur., 3e édit., t. I, p. 238 et 249.

Digitized by Google

l'anneau du grand oblique; et que l'unique obstacle à la hernie était cette mince séreuse péritonéale, tapissant l'anneau en dedans du ventre, et *qui le bouche*, disait Arnaud, *de même que fait la pellicule d'un œuf à l'égard du trou que l'on fait à sa coquille quand on veut juger s'il est cuit.* Ledran enseignait de même que *dans l'aine, les parties ne trouvent de résistance que dans quelques feuillets du péritoine qui font une espèce de rideau au-devant de l'anneau* (1).

On comprend maintenant pourquoi la théorie de l'étranglement triple ne put pas se maintenir; mais il reste à étudier la manière dont on expliquait l'étranglement par l'anneau externe. Voici d'abord ce qu'en disait, en 1720, Garengeot, écho fidèle des cours de chirurgie de ce temps.

« Et comme la chaleur de la matière qui est renfermée dans l'intestin raréfie l'air qui s'y est aussi glissé, l'intestin se gonfle et comprime ses vaisseaux sanguins; cette compression interrompant la circulation du sang, il arrive des inflammations à toutes les parties renfermées dans le scrotum.... L'inflammation s'augmentant de plus en plus, elle se communique à l'anneau de l'oblique extérieur, et il s'ensuit un étranglement. »

Ledran, en 1742, signalait deux causes de cet étranglement :

« La première et la plus ordinaire est le volume de quelques excréments endurcis qui remplissent la portion d'intestin qui fait hernie. La deuxième cause des accidents qui surviennent à cette hernie est plus rare; c'est une inflammation accidentelle de l'anneau, laquelle, diminuant son diamètre, étrangle plus ou moins la portion d'intestin qui passe.... Ces accidents accompagnent également l'entérocèle qui s'est faite subitement en conséquence d'un effort prompt et violent; mais alors ils augmentent bien plus vite, et ils se succèdent très-promptement, parce que l'intestin a conservé une partie de son ressort. Ce ressort fait que l'anneau tend toujours à se resserrer, pendant que l'intestin est sans cesse dilaté par les excréments qui y fermentent et par ceux qui y abordent à chaque instant. »

Le lecteur trouvera sans doute qu'il suffit bien d'exposer ces creuses théories sans perdre le temps à les réfuter. Il y a toutefois dans le passage de Ledran deux choses à noter ; la première est ce retour à l'opinion ancienne de l'incarcération des excréments endurcis; la seconde est cette mention de hernies étranglées dès leur apparition; je me bornerai à dire que Ledran ne citait aucun fait pour appuyer une semblable assertion, et qu'elle a tout l'air d'avoir été imaginée au profit de la théorie. Je sais bien qu'en m'exprimant ainsi je vais choquer encore des croyances universelles; mais tant pis pour les chirurgiens qui accordent aux hypothèses la valeur de faits démontrés. Pour ma part, je ne connais pas jusqu'à présent un seul cas bien authentique de hernies étranglées dès leur apparition, à l'exception des hernies dans la tunique vaginale, et alors on sait bien que les anneaux ne sont pour rien dans l'étranglement.

Il reste à exposer la théorie d'Arnaud, qui est du moins plus spécieuse que les précédentes. « Si les parties qui se sont insinuées dans les ouvertures naturelles ou contre nature du ventre, en remplissent exactement tout le vide, et si par un nouvel effort quelqu'autre portion du boyau ou de l'épiploon est obligée de s'introduire dans cette même ouverture comme il arrive souvent, ces parties se trouvent nécessairement gênées dans ces ouvertures; si l'on n'y remédie pas sur le champ, les vaisseaux de ces parties sont comprimés, le sang n'y peut plus passer avec liberté, ils se gonflent; par leur gonflement ils augmentent le volume des parties, par conséquent le point d'engorgement augmente aussi. Quand cet engorgement est dans son état parfait, c'est ce qu'on appelle étranglement, parce que les parties sont en effet étranglées (1). »

Tel était l'état des théories chirurgicales en matière de hernies étranglées à la fin de la première moitié du dix-huitième siècle; je dis des théories, car à côté de cette partie hypothétique de l'art, il nous reste à montrer les faits s'accumulant peu à peu, perdus ou négligés d'abord, puis devenus assez nombreux pour attirer l'attention et pour devenir le fondement de doctrines nouvelles.

Nous avons vu un premier fait raconté par Formi, en 1646; le second fut observé, en 1678, par Schroeckius, médecin à Breslau, et inséré dans les *Actes des curieux de la nature.*

Obs.—Un de nos citoyens, âgé de 60 ans environ, fut saisi de grandes douleurs de ventre avec vomissement, et interrogé par son médecin s'il avait une hernie, répondit que non, à son dam; et ce ne fut que lorsqu'il eut vomi des matières fécales et que déjà les forces étaient dans une prostration absolue, qu'il avoua qu'il en avait porté une depuis plusieurs années, et qu'elle avait tout récemment reparu. Quelques heures après, il expira.

Bien que la passion iliaque qui avait causé la mort ne fût point douteuse, toutefois ses amis et ses parents désirèrent que l'on s'en assurât par l'ouverture du ventre, ce qui ne pouvait qu'être agréable aux

(1) Arnaud, Traité des hernies, t. I, p. 11. — Ledran, Opér. de chirur., p. 95.

(1) Garengeot, ouv. cité, p. 249. — Ledran, ouv. cité, p. 101. — Arnaud, ouv. cité, p. 62.

Digitized by Google

médecins. Ainsi donc, dix heures après le trépas, on procéda à la dissection, en commençant par l'abdomen. Dans la région inguinale gauche apparaissait une tumeur herniaire du volume d'une noix. L'abdomen ouvert, encore tout chaud, il s'en exhala une vapeur, toutefois sans beaucoup de mauvaise odeur. Les viscères étaient intacts, à l'exception de l'iléon, qui avait quitté sa position naturelle, et dont une portion longue presque de deux pouces, *duarum unciarum*, s'était échappée à travers la tunique interne du péritoine qui s'était rompue; cette portion était si fort adhérente et resserrée dans la cavité qu'elle s'était faite, qu'elle put à peine en être extraite sans déchirure, bien qu'elle ne contînt point de scybales dures; du reste, toute gangrénée et d'une affreuse lividité; la gangrène s'était même étendue dans la hauteur presque d'une palme, *spithamæ*, sur le bout supérieur de l'intestin, et, au-dessus de ces limites, ce bout intestinal était tellement distendu par des vents, qu'il présentait plus de volume que le colon même. Quant à la rupture à peu près ronde, *rotundiæ mula*, du péritoine, elle était si étroite et si petite, qu'elle permettait à peine l'entrée du petit doigt, surtout que sa circonférence était occupée par un calus assez dur, indice d'une rupture ancienne. En conséquence, les matières qui venaient d'en haut vers les gros intestins, se trouvant arrêtées en ce point par l'étroitesse de cet espace et la compression des tuniques de l'iléon, devaient nécessairement être rejetées par la bouche, surtout après l'apparition d'une notable inflammation, avec gangrène et d'atroces douleurs, ou à raison de la grande solution de continuité, qui avait empêché et perverti le mouvement péristaltique (1).

Laissez de côté cette préoccupation d'une rupture du péritoine, qui jette un fâcheux reflet sur cette description, et voyez si l'étranglement par le collet n'est pas signalé de la façon la plus évidente. Les commémoratifs l'auraient fait présumer à l'avance; l'autopsie confirme absolument la prévision. Ne négligez pas non plus cette mention remarquable dans un observateur de cette époque : il n'y avait point de matières durcies dans l'intestin étranglé. La théorie ancienne, renouvelée plus tard par Littre, Ledran et beaucoup d'autres, se serait mal accommodée de ce fait. Mais il fut négligé, et personne n'en soupçonna l'importance. Les recherches de Nuck n'eurent pas un sort beaucoup meilleur.

Nuck publia, en 1692, une histoire des glandes, dans laquelle il consacra un chapitre à décrire *de nouveaux diverticules du péritoine*, et en particulier le diverticule ou la capsule qu'on trouve quelquefois chez les femmes à la région inguinale, et qui a gardé le nom de *canal de Nuck*.

« En ce qui concerne la forme de ces capsules, dit l'auteur, on ne les trouve pas également dilatées dans toute leur étendue; mais leurs orifices, par lesquels pénètrent les ligaments ronds, sont plus étroits et presque du calibre d'une plume à écrire; tandis que nous avons vu les capsules elles-mêmes être un peu plus larges, et admettant fréquemment le bout du petit doigt.

» On peut expliquer par là pourquoi l'intestin, une fois engagé dans ce diverticule, en sort si difficilement, mais s'y trouvant étreint comme dans un lacs, y reste exposé à l'inflammation, à la gangrène, et le malade à la mort.

» Quelquefois cependant, par l'effet du temps, chez quelques sujets, il s'opère une dilatation graduée non-seulement de l'orifice, mais de la capsule tout entière; en sorte que les femmes portent, sans notable inconvénient, une hernie inguinale, n'ayant qu'à presser la tumeur pour la faire rentrer dans l'abdomen; mais peu après, et surtout si elles se livrent à des efforts inaccoutumés, la hernie reparaît à l'extérieur. Et, toutefois, j'en ai vu quelquefois affectées à l'improviste, surtout des femmes du peuple, pour s'être trop longtemps exposées à un air froid, et s'être livrées en plein air à des travaux trop pénibles : l'intestin devient douloureux, le sang qui le remplit s'épaissit sous les injures de l'air, et l'inflammation s'en empare : l'orifice qui, dans ces circonstances, aurait besoin de plus de largeur, est rétréci au contraire par l'action du froid; de là les accidents les plus fâcheux et la mort même, si le chirurgien ne vient promptement au secours.

» Cela arrive spécialement aux femmes chez lesquelles l'intestin a contracté des adhérences avec le bord de l'orifice indiqué; si, en effet, l'intestin contenu dans le diverticule, et peut-être rempli d'excréments, vient à s'enflammer par l'effet de trop grands mouvements, d'un refroidissement ou de toute autre cause, c'en est fait de la vie de la malade, et le chirurgien le plus habile n'y peut rien.

» Je citerai en preuve une histoire remarquable. Une femme, d'une quarantaine d'années, portait depuis quelques années une hernie inguinale dont elle souffrait plus ou moins, selon les temps; enfin (je ne sais pour quelle cause) elle se sentit plus gravement affectée, la tumeur devenant à la fois plus saillante et douloureuse. Les fomentations, les ca-

(1) Ephem. nat. curios., decad. I, an IX et X, obs. 93. Scarpa cite *Schenkius* au lieu de *Schroeckius;* erreur de copiste. Mais Scarpa nomme Rivière comme ayant eu idée de l'étranglement par le collet du sac, et renvoie aux Opera medica, obs. 8. Rivière a quatre centuries d'observations, outre celles qui lui ont été communiquées; or, nulle part, ni dans ses observations, ni dans ses autres œuvres, je n'ai trouvé l'idée qui lui est attribuée par Scarpa.

Digitized by Google

taplasmes, toutes les applications extérieures ayant échoué, et les douleurs augmentant sans cesse, il survint une fièvre continue, des convulsions, du vomissement, et la malade succomba dans l'espace de quatre jours.

» Appelé pour faire l'autopsie avec Pierre Cosson, praticien très-expérimenté de cette ville, nous voulûmes savoir si l'intestin hernié aurait pu être réduit par des manœuvres bien dirigées; nous fîmes donc, avec toute la lenteur et la prudence que nous voulions y mettre, une très-légère incision à la peau; mais à l'instant les excréments s'en échappèrent comme par un jet, et rejaillirent sur les habits des assistants. De là deux motifs d'étonnement; premièrement, pour l'excessive ténuité de la peau et des autres couches tégumenteuses, qui toutes ensemble étaient plus minces que la peau seule à l'état normal, et qui avaient été aussi distendues par les excréments qu'elles recouvraient; deuxièmement, comment ces matières fécales si liquides n'avaient-elles pas pu être repoussées dans le ventre, ce qui aurait soulagé la malade? Mais, en examinant les choses de plus près, nous remarquâmes que l'orifice du diverticule avait serré comme un lacet l'intestin hernié, et que cette partie d'intestin s'étant enflammée avait contracté avec l'orifice des adhérences si fortes que nous n'aurions pu les séparer sans déchirure. »

J'ai traduit littéralement tout ce passage, pour montrer quels progrès aurait pu faire la chirurgie du dernier siècle, si elle avait su profiter des faits qu'on commençait à observer de toutes parts. Mais la philosophie de Descartes, en donnant à la raison humaine toute prééminence, avait écarté et comme banni l'autorité et l'érudition; la plupart des travailleurs, et surtout les plus éclairés, se contentaient de leur raison individuelle qui, seule, en effet, pouvait les conduire à l'évidence cartésienne; et loin d'aller étudier les observations des autres pour assurer leurs convictions, ils refusaient de lire dans leurs propres observations, quand ils avaient des convictions contraires. En voici un bien frappant exemple. L'un des meilleurs observateurs de cette époque, Saviard, qui, par ses dissections de hernies, était arrivé à cette conséquence à peine entrevue avant lui, que *la membrane intérieure du péritoine précède toujours l'intestin dans toutes les hernies de l'aine et de l'ombilic*, Saviard avait vu et disséqué un étranglement par le collet du sac, et contre toute évidence, il prétendait que c'était l'anneau qui en était l'agent. Il parle de la méprise que faisaient quelquefois les chirurgiens qui, ignorant l'existence du sac péritonéal, le prenaient pour l'intestin : « Comme je l'avais vu faire, ajoute-t-il, à un autre chirurgien d'ailleurs assez habile, lequel s'étant obstiné à vouloir que cette poche que l'on découvre d'abord fût l'intestin même, la sépara tout autour, *puis la réduisit au dedans*; et la malade étant morte quatre heures après, je fis l'ouverture de son cadavre pour mon instruction, *où je trouvai l'intestin étranglé par l'anneau, après avoir ouvert cette poche qu'il avait fait rentrer dans le ventre* (1). »

Vous voyez qu'il s'agit bien d'une hernie rentrée en masse, l'étranglement persistant après sa rentrée; et qu'il est impossible et même absurde de dire qu'alors l'étranglement était à l'anneau. Et ne cherchez pas quelque obscurité dans le texte; l'auteur lui-même l'éclaircit surabondamment en disant aussitôt après : *Or l'on distingue aisément ce sac formé de la membrane intérieure du péritoine*, etc.

Suivant Scarpa, Littre aussi aurait eu, vers 1705, quelque soupçon que l'étranglement pourrait bien dans certaines circonstances être produit par le resserrement du collet du sac; mais cette citation n'est pas exacte : Littre avait seulement noté dans une autopsie que *l'entrée du sac s'était extrêmement rétrécie;* il n'en avait rien déduit pour la question de l'étranglement. Près d'un quart de siècle devait se passer encore avant que l'attention des chirurgiens se tournât de nouveau sur cette matière; mais cette fois enfin les faits allaient avoir un retentissement qui les défendrait désormais de l'oubli.

En février 1725, Arnaud avait été appelé à Saint-Denis pour pratiquer l'opération de la hernie sur un vieillard de 68 ans. Il paraît que les intestins adhéraient au sac herniaire, que le chirurgien se contenta de débrider largement l'anneau; le malade ne cessa de souffrir et de crier, et il succomba le lendemain. Ricot, chirurgien à Saint-Denis, fit l'autopsie, et trouva le sac herniaire *dur et adhérent de toutes parts*, avec *un rétrécissement du péritoine* qui avait entretenu tous les accidents. Il écrivit ces détails à Arnaud qui en fit son profit, et qui n'hésite pas à dire qu'il lui a l'obligation de sa découverte; et l'occasion ne tarda pas à se présenter à lui de vérifier cette cause d'étranglement pour la seconde fois (2). Mais auparavant Ledran avait rencontré lemême obstacle et avait eu le premier l'honneur de l'attaquer et de le détruire.

Le 25 décembre 1725, un vieillard de 84 ans, qui depuis longtemps portait un brayer pour une hernie crurale droite, vit inopinément reparaître la hernie, et, malgré la douleur, il continua à porter le bandage qui comprimait la hernie sortie; enfin il fut forcé d'entrer à la Charité le 9 janvier. Toutes les tentatives de réduction échouèrent, et le 11 janvier

(1) Saviard, Obs. chirurg., p. 107 et 108.

(2) Arnaud, Traité des hernies, t. II, p. 48, 6e obs.

Digitized by Google

Ledran fit l'opération. C'était un entéro-épiplocèle. Le chirurgien mit le sac à nu sans l'ouvrir, et divisa le ligament de Fallope, pensant ainsi détruire l'étranglement; mais la réduction demeura impossible. « Alors, dit l'auteur, portant mon doigt, je sentis que le sac ressemblait à une bourse fermée, et que son entrée seule était capable d'empêcher la réduction des parties, tant elle était étroite. J'ouvris le sac, et j'y trouvai une portion d'épiploon, qui faisait aussi une espèce de sac ou de coiffe, dans laquelle l'intestin était renfermé. Je fendis cette coiffe sans la détacher du sac herniaire, auquel elle était adhérente dans toute sa circonférence; je dilatai ensuite avec le bistouri caché l'entrée du sac, de même que l'on dilate l'anneau dans la hernie inguinale, et je réduisis l'intestin... » Le malade mourut et l'autopsie fut faite, et la première chose que l'on oublia fut de s'assurer de l'état de l'anneau et du sac; toutefois les détails de l'opération ne sauraient laisser aucun doute (1).

L'éveil ainsi donné, vous allez voir comment les observations se multiplient. Cette même année 1726, Arnaud est appelé à Argenteuil pour un oschéocèle du côté gauche, étranglé chez un homme de 40 ans. Il commença par ouvrir le sac, où il trouva dix à douze pouces d'intestin noir et livide, et une portion d'épiploon presqu'entièrement pourrie. « Je dilatai l'anneau suivant mon usage ordinaire, poursuit-il, sans avoir pu réduire l'intestin. Je portai le doigt dans l'anneau, à dessein de reconnaître d'où pouvait naître l'obstacle qui s'opposait à la rentrée des parties : je sentis avec l'extrémité de mon doigt, à la profondeur de deux pouces au delà de l'anneau, un cercle membraneux dur et fort serré, qui étranglait exactement les parties, et d'une façon plus forte que je ne l'avais aperçu à l'anneau. Je reconnus d'abord que c'était le péritoine qui formait cet étranglement; chacun des assistants s'assura de cette vérité, qui était si peu connue alors que l'on n'osait pas la mettre en question dans les écoles. Je coupai cette bride avec mon bistouri mousse; la bride était si dure que tous les consultants entendirent le petit bruit que causa sa section. L'intestin rentra, etc. (2).

Certes, si nous avions besoin de prouver à tout prix, nous pourrions donner ce fait comme un des plus péremptoires; mais la gravité de la question et la juste sévérité de la critique moderne ne nous le permettent pas. Il n'en est pas ici comme du cas de Ledran, dans lequel, l'anneau crural ayant été divisé, il faut bien admettre que l'étranglement persistant était dû au collet du sac herniaire. En effet, au-dessus du premier anneau inguinal débridé par Arnaud, l'anatomie en a démontré un autre qu'Arnaud ne connaissait pas, et qui aurait fort bien pu entretenir l'étranglement sans l'intervention du collet du sac : circonstance capitale, qui rejette son observation parmi les faits douteux, et que nous aurons à opposer de même à des chirurgiens que leur haute science aurait dû préserver d'une pareille méprise. Mais le nouvel exemple qu'on va lire, et qui fut commun à Ledran et à Arnaud, se trouve enfin complété par l'autopsie, et échappe ainsi à toute espèce d'objection.

Vers la fin de février 1726, Arnaud fut appelé pour une hernie crurale, du volume d'un œuf de poule, étranglée chez un cocher, qui la portait depuis longtemps. Il la réduisit incontinent, et, pendant deux jours, elle sortait quand le malade toussait et rentrait ensuite d'elle-même. Toutefois les accidents persistaient. Le huitième jour on fit venir Ledran, qui, examinant les parties, trouva dans l'aine une espèce de vide là où avait existé la tumeur, « et le ligament de Fallope s'était tellement prêté au volume de la hernie, qu'on pouvait presque fourrer les quatre doigts avec la peau par-dessous.»

Le malade était d'ailleurs à l'extrémité; il mourut le même soir, sans avoir été opéré. Déjà Ledran avait présumé que la hernie avait été réduite en masse. « L'ouverture du corps, ajoute-t-il, vérifia ce que javais dit. Nous trouvâmes dans le ventre le sac herniaire, qui avait trois pouces de profondeur sur huit pouces de circonférence, et dans ce sac était encore enfermée une demi-aune de l'intestin jéjunum. Tenant le sac à pleine main, je voulus en faire sortir l'intestin, en le tirant par l'un des bouts; mais la chose me fut impossible, tant l'entrée du sac était resserrée, et je n'en vins à bout qu'en dilatant cette entrée avec les ciseaux (1). »

Rien cette fois de plus évident; et d'ailleurs Ledran ne s'en tient pas à ces premiers faits. Ecoutez les remarques dont il les fait suivre. Il se demande d'où peut venir ce rétrécissement du collet, et il commence par établir que, lorsqu'on réduit une hernie, le sac ne rentre pas toujours; « c'est ce que j'ai remarqué, dit-il, dans nombre de sujets dont j'ai fait l'ouverture, à qui j'ai trouvé, d'un ou d'autre côté, et quelquefois des deux, un sac herniaire plus ou moins grand. Dans ceux qui avaient tenu leurs parties réduites par l'usage du brayer, j'ai trouvé l'entrée du sac très-resserrée et étroite; mais je l'ai trouvée fort large dans ceux qui n'avaient pas porté de brayer. J'ai ouvert plusieurs enfants morts de différentes maladies, qui avaient eu des descentes en nourrice et qui avaient été guéris par le brayer; je leur ai trouvé à tous le sac herniaire, quoiqu'ils

(1) Ledran, Obs. de chirurg. t. II, p. 1, obs. 57.
(2) Arnaud, ouv. cité, p. 22, obs. 3.

(1) Ledran, obs. 58, et Arnaud, lieu cité, obs. 4.

Digitized by Google

fussent guéris depuis longtemps ; j'ai trouvé dans tous que l'entrée du sac n'était que resserrée, et qu'on pouvait y passer un stylet plus ou moins gros. »

Voilà de l'anatomie pathologique vraiment chirurgicale, et dont il faut tenir compte. Seulement le lecteur remarquera que Ledran ne dit point sur combien de sujets il base ses conclusions, et qu'il cite en gros et de mémoire ces autopsies, où il n'a jamais rencontré un seul cas d'oblitération complète du collet du sac. Lui-même rapporte plus loin, obs. 75, un cas fort curieux d'un hydrocèle développé dans un sac herniaire, dont Arnaud avait repoussé la hernie quelque temps auparavant. L'application du bandage avait suffi pour amener l'oblitération complète de l'orifice du sac. Je laisse de côté les explications, qui ne font rien ni au fait en lui-même, ni à la doctrine ; mais cette doctrine demande à être exposée en entier.

« L'entrée du sac se resserrant, comme je viens de le dire (c'est encore Ledran qui parle), dans la plupart des hernies où il y a un étranglement, si ce n'est pas la première fois que les parties sont sorties, et que le malade ait eu soin de les tenir assujetties par le bandage, il faut s'attendre à trouver moins d'obstacle à la réduction de la part du ligament ou de l'anneau que de celle du sac herniaire, dont l'entrée est nécessairement plus étroite que le fond (1). »

De là résulte que l'on peut réduire par le taxis la hernie toujours enfermée dans le sac qui l'étrangle, et qu'alors les accidents continuent. Cette continuité des accidents pourrait être aussi attribuée à l'inflammation ou à un volvulus. Ledran indique quelques signes propres à révéler la rentrée du sac, savoir : le vide que l'on sent sous le ligament de Fallope ou dans l'anneau, et l'absence du bruit de gargouillement lors de la réduction. J'expose la doctrine et ne la critique point. Dans le cas donc où l'on présumerait cette rentrée en masse, Ledran veut que l'on fasse une incision au lieu où était la hernie, que l'on élargisse l'anneau par une incision, que l'on retire le sac, qu'on l'ouvre, qu'on dilate son orifice et qu'on réduise l'intestin. Il observe que ce sac ne peut être éloigné, puisqu'il fait partie de la portion du péritoine qui tapisse l'intérieur du bassin. En un mot, la doctrine complète, et il n'a guère laissé à ses successeurs que le soin d'y rattacher quelques recherches d'un bien moindre intérêt.

Mais il ne s'agit pas seulement pour nous de constater la réalité ou même la fréquence de l'étranglement par le collet du sac. J'ai dit que l'examen sérieux des faits ne laissait pas subsister un seul de ceux que l'on a donnés comme exemples d'étranglement par les anneaux même ; étudions dans ce sens les autres observations de Ledran. Aux deux premières que nous venons d'analyser, il en ajoute cinq ; la dernière est une hernie de la ligne blanche, et ne rentre pas dans la question telle que je l'ai posée ; je l'écarte. Des quatre autres, l'un sous le n° 70, offrait, selon l'auteur, un exemple d'étranglement multiple. « Outre l'étranglement que faisait l'anneau de l'oblique externe, il y en avait à deux travers de doigt au-dessus *un autre bien plus considérable*, causé par le sac herniaire, qui s'était fort resserré, formant quatre à cinq brides très-fortes. *C'est là ce qui s'opposait le plus à la réduction des parties*. L'étranglement que faisait l'anneau fut aisé à détruire ; *mais les brides, qui étaient plus haut, me donnèrent assez de peine à couper*. » L'intestin était gangrené ; et il est permis de croire que l'étranglement véritable était celui qui serrait le plus.

Dans l'observation 62, l'auteur dit qu'il dilata selon l'art l'*entrée du sac herniaire et l'anneau* ; on ne peut rien en conclure. Dans la précédente, il s'agissait d'une hernie crurale ; Ledran ouvrit le sac, et *dilata le passage* avec son bistouri herniaire ; ce qui n'offre rien de plus précis. Reste la 59e, qui a pour objet un bubonocèle chez un homme de 40 ans ; l'opérateur mit à découvert le sac herniaire qu'il trouva très-épais et très-tendu, divisa l'anneau sans toucher au sac, et fit ainsi rentrer une portion de la hernie. Une autre portion irréductible obligea d'ouvrir le sac ; on la trouva constituée par un peu d'épiploon qui avait contracté des adhérences.

De prime-abord il semble donc que l'anneau seul empêchait la réduction, puisque sa division la rendit si facile. Mais j'ai fait à cet égard toutes les réserves nécessaires en parlant des procédés de Franco, et je ne pense pas avoir besoin d'y revenir. Voyez d'ailleurs les détails de l'observation, et dites si le rétrécissement du collet du sac n'était pas en quelque sorte forcé et inévitable. L'individu avait eu deux hernies inguinales survenues ensemble par suite d'un effort ; il avait porté un bandage, qu'il avait quitté au bout de six semaines, se croyant guéri, et de fait la hernie gauche n'avait plus reparu ; mais la droite sortait quelquefois, et il la faisait rentrer ; lorsqu'enfin un matin en se levant il y sentit une douleur légère, alla à la selle sans réduire la hernie qui était sortie, et resta ainsi deux jours sans faire autre chose que de prendre un lavement et se soumettre à deux saignées ; enfin le soir du troisième jour seulement, le vomissement le prit. Dans de telles circonstances, on peut hardiment présumer qu'il y avait rétrécissement au collet,

(1) Ledran, ouv. cité, page 16.

Digitized by Google

et que ce rétrécissement était léger toutefois, puisqu'il n'avait amené de symptômes graves que le troisième jour; en conséquence, après avoir mis à nu le sac, il devait être facile d'obtenir la réduction sans faire à l'anneau une incision très-probablement inutile.

Après avoir ainsi exposé l'origine de la doctrine nouvelle et analysé les premiers faits publiés à l'appui, il faut achever de rendre compte du mémoire d'Arnaud, qui établit des distinctions et des exceptions capitales. Le passage suivant donnera une idée assez précise des opinions de ce chirurgien :

« L'entrée du sac herniaire, que je nommerai quelquefois orifice ou embouchure, est toujours la partie du sac la plus éloignée de son fond. Quand la hernie est parvenue à un certain degré d'accroissement, la pression continuelle des parties qui lui livrent passage rapproche les parois de l'orifice du sac, et y forme un froncis pareil à celui d'un doigt de gant que l'on passerait par un anneau fort étroit. Si le sac reste longtemps dans l'ouverture qui lui donne passage, sans poursuivre son chemin davantage (ce qui arrive souvent), il s'y durcit de façon qu'il devient capable de faire étranglement un jour. Si par un nouvel effort les parties sont poussées plus bas, et qu'elles restent encore un espace de temps assez long pour souffrir une nouvelle compression de la part de l'ouverture au travers de laquelle elles auront passé, il se pourra former encore un nouveau rétrécissement qui se trouvera plus haut que le premier; il sera capable aussi de faire un étranglement par la suite des temps. Un troisième rétrécissement pourra encore se former de même, à mesure que les parties seront déterminées à descendre : il pourra aussi faire étranglement à l'intestin, sans que l'ouverture qui aura donné passage à la hernie, comme l'anneau, l'arcade crurale ou autre, y ait aucune part. Cette multiplicité de rétrécissements se manifeste quelquefois à l'extérieur de la tumeur ; quelquefois il n'en paraît aucune marque (1). »

Il peut donc se faire un ou plusieurs étranglements par l'effet de ces rétrécissements simples ou multiples du collet du sac ; la première observation du mémoire présente un exemple incontestable d'un rétrécissement double de cette nature. Mais Arnaud ajoute que l'étranglement peut être causé à la fois par le sac herniaire et par l'anneau, et il convient d'examiner si cette assertion est aussi bien démontrée que l'autre. Il en apporte en preuve deux observations ; nous avons déjà analysé l'une, qui est la troisième de son mémoire, et la seule phrase qui puisse être citée en témoignage du prétendu étranglement par l'anneau est celle-ci : *Je dilatai l'anneau suivant mon usage ordinaire, sans avoir pu réduire l'intestin.* De bonne foi, parce que l'opérateur a cru que l'étranglement était là, cela suffit-il pour l'admettre, quand la suite de l'observation fait voir qu'il y avait eu méprise, et qu'en réalité l'étranglement siégeait ailleurs ? L'observation deuxième n'est pas plus concluante. Elle est courte : la voici dans son entier.

OBS. — M. Pineau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Melun, en Bourgogne, fit l'opération d'une hernie avec étranglement à une femme de 43 ans, en l'année 1728. Lorsqu'il eut ouvert le sac herniaire, il en sortit une sérosité limpide. M. Pineau fendit le sac par sa partie inférieure jusqu'à une bride, qu'il prit d'abord pour l'anneau ; il trouva dans cette portion du sac une partie de l'épiploon. Dans le dessein qu'il avait d'en faire la réduction, il dilata la bride : il coula par la crénelure de sa sonde cannelée deux ou trois onces de pus. Lorsque cette bride fut coupée, il découvrit une anse d'intestin ouvert par la pourriture; il dilata ensuite l'anneau qui étranglait cette espèce de hernie supérieure. Le rétrécissement du péritoine n'avait aucune part à ce dernier étranglement; la malade guérit sans fistule.

Vous remarquerez d'abord qu'Arnaud n'est pas ici témoin oculaire; il reproduit en 1749 un fait arrivé en 1728, et raconté avec une négligence toute particulière. M. Pineau croit d'abord avoir divisé l'anneau ; sur quoi fondait-il cette croyance, et comment a-t-il constaté son erreur? Arnaud pense qu'il s'agit là d'un cas d'étranglement par le collet au-dessous de l'anneau, et d'un autre par l'anneau même; il semble beaucoup plus probable qu'il y avait un double étranglement, l'un vis-à-vis l'anneau externe, l'autre vis-à-vis l'anneau interne, et que l'opérateur, qui ne connaissait pas la disposition du canal inguinal, a agi au hasard, sans trop savoir où il était, et a cherché plus tard à s'expliquer bien ou mal l'obstacle double qu'il avait rencontré. Mais, en vérité, donner de tels faits comme des preuves, est-ce le moyen d'assurer à la chirurgie le rang qu'elle a droit d'ambitionner dans les sciences exactes?

Suivons la série des idées de l'auteur; en voici qui sont importantes :

« Les endroits du péritoine qui sont rétrécis le peuvent être plus ou moins, suivant les différents degrés de pression et d'inflammation *ausquels* ils sont exposés (1). Ces rétrécissements peuvent aussi

(1) Arnaud, *vol. cité*, p. 3.

(1) Qu'on me permette de noter ce mot, *ausquels*, comme un vestige d'une orthographe qui remonte aux premières époques de la langue, et que je n'avais pas encore trouvé

Digitized by Google

être plus ou moins larges et plus ou moins épais. Il y a des cas où le cercle membraneux n'a pas une demi-ligne de largeur et d'épaisseur; dans d'autres cas, il peut en avoir une, deux et trois, peut-être davantage? »

Il passe ensuite aux différents cas qui peuvent se présenter dans les étranglements par le collet du sac. Ou bien la hernie ne rentre point du tout par le taxis, ou bien elle rentre en masse et ressort aisément dans les efforts que fait la malade; ou bien enfin elle rentre et ne peut plus ressortir, et, dans ce dernier cas, elle n'occupe pas toujours à beaucoup près la même place dans l'abdomen; tantôt elle se porte du côté interne, tantôt du côté externe, etc. Ceci est appuyé sur sept observations dans lesquelles l'étranglement était au collet du sac, et qui, ne nous apprenant rien de neuf à cet égard, n'ont besoin que d'être mentionnées. Ces préliminaires bien établis, Arnaud cherche à faire l'histoire dogmatique de cette sorte d'étranglement; il en expose les causes, les signes, et parmi ces signes, il en est un qu'il donne comme appartenant également à l'étranglement par l'anneau; ici donc, la discussion redevient nécessaire. Voici le texte :

« J'ai dit que l'étranglement du péritoine était quelquefois marqué par une espèce de sillon ou cercle, qui se manifeste quelquefois même pardessus la peau. Ce signe, toujours équivoque en ce cas, peut jeter dans deux erreurs; c'est pourquoi je ne l'ai pas mis au rang des signes pathognomoniques. La première erreur peut venir de ce que ce sillon se rencontre dans *les hernies étranglées par des fibres transversales qui du fascia lata vont s'attacher à la symphise du pubis*. Dans ces sortes d'étranglements, l'on voit la marque plus ou moins large et plus ou moins profonde que causent les fibres transversales du *fascia lata;* elle est presque semblable à l'espèce de ligature que forme le point de rétrécissement dans les étranglements du sac herniaire. »

Il s'agit évidemment ici d'un étranglement spécial, mais toujours par l'anneau, et assez vraisemblablement par les fibres collatérales internes, décrites de nos jours par A. Thomson sous le nom de *fascia femorali-abdominalis*, et par M. Velpeau sous celui de *ventrier*. Arnaud ajoute que Garengeot donne, dans sa SPLANCHNOLOGIE, édit. de 1740, t. II, p. 9 et 10, une idée de cet étranglement, et que lui-même se propose d'en publier des observations dans un autre temps. Je ne sache pas qu'il ait tenu cette promesse; en conséquence, il ne reste de ceci qu'une assertion sans preuves et une doctrine sans faits.

Le mémoire se termine par deux observations, dont l'une avec autopsie, et qui ont trait à des étranglements par le collet du sac. Mais la première, sous le n° 12, étant donnée comme un exemple d'étranglement mixte, c'est-à-dire au collet et à l'anneau à la fois, il convient de la discuter.

Nous pouvons négliger les premiers détails. L'individu succomba avant toute opération, et l'on procéda à l'autopsie. En examinant la face interne du péritoine abdominal, on trouva *l'orifice du sac si étroitement serré qu'il n'aurait pas été possible d'en retirer l'intestin sans le déchirer*. Entre cet orifice et l'anneau se trouvait une portion du sac et de la hernie, *de la grosseur d'un œuf de poule et qui en avait la figure, étant exactement serrée, d'un côté par l'orifice du sac herniaire qui la contenait, de l'autre côté par l'anneau, qui l'étranglait fortement*. Jusque-là nous n'avons rien à objecter. Mais Arnaud isole le sac, le vide, le remplit d'air, fait une ligature à un bon pouce au-dessus de son orifice, et le fait sécher. Il trouve alors que le sac a *la figure d'une calebasse, c'est-à-dire d'une courge qui aurait deux cols et un ventre;* il en donne même la figure, où l'on voit que le sac formait un deuxième rétrécissement fort serré vis à vis l'anneau, et que la portion ovoïde de la hernie était prise entre ces deux rétrécissements. Est-il possible, après cela, de maintenir que le deuxième étranglement était produit par l'anneau? Arnaud continue à le croire. Que lui importait? Il avait une théorie souple et obéissante, qui se prêtait à tous les cas, et nulle objection ne venait alors troubler sa confiance.

Ce mémoire d'Arnaud fixa la doctrine chirurgicale pour ce qui concernait le siége de l'étranglement. En effet, ce n'est pas un travail isolé, et appuyé seulement de l'autorité de ce praticien; il avait été écrit d'après l'invitation et comme sous la dictée de l'Académie royale de chirurgie. Arnaud nous apprend lui même que cette compagnie savante l'avait rendu dépositaire des observations qui lui avaient été communiquées sur cette matière, et l'avait chargé d'en faire quelques mémoires particuliers, qui devaient être insérés dans le premier volume; mais l'espace manqua, et la publication du deuxième volume ayant subi quelque retard, Arnaud prit le parti d'écrire un traité des hernies, où figura spécialement le mémoire sur les étranglements (1).

On peut s'étonner, en considérant que ce mémoire projeté en 1740 vit le jour en 1749, que J.-L. Petit, mort seulement en 1750, ne semble pas en avoir eu

plus loin que dans une édition de 1743. Voyez mon Introduction aux œuvres d'A. Paré.

(1) Voyez la préface de ce traité, p. lxij.

Digitized by Google

connaissance, non plus que des observations antérieures de Ledran; en effet, dans ses œuvres posthumes, il passe absolument sous silence l'étranglement par le collet du sac. J.-L. Petit, cet homme de génie, le fondateur en quelque sorte de l'école chirurgicale du dix-huitième siècle, montra mieux que tout autre la puissance de la philosophie de Descartes appliquée à la chirurgie, mais en même temps ses dangers. Il avait rompu non-seulement avec les écoles antérieures, mais avec tout ce qu'aurait pu lui apprendre la lecture de ses contemporains. Il commença vers 1738 à rédiger ces beaux articles qui font la matière de ses œuvres posthumes ; et bien que déjà resté en arrière sur beaucoup de points, son vigoureux génie le poussait en avant sur tant d'autres que ce livre restera comme un monument impérissable. Même quand il s'agit de l'étranglement des hernies, bien qu'il fasse jouer à l'anneau le rôle principal et presque unique, bien qu'il ne nomme seulement pas parmi les autres causes le resserrement du collet du sac, on voit déjà que l'observation lui a donné des résultats contradictoires à sa théorie; et on peut assurer que s'il avait eu le temps de revoir ses œuvres, il aurait été conduit à de tout autres conclusions. Il raconte qu'il a vu certains opérateurs qui, après avoir ouvert le sac, introduisaient leur sonde entre le sac et l'anneau ; « et après avoir coupé ce qui était compris sur leur sonde, ils avaient encore à couper cette portion du sac (le collet) pour l'incision de laquelle il fallait introduire de nouveau la sonde. Je me suis émancipé, ajoute-t-il, une fois que j'étais encore jeune, de proposer de passer le doigt sous cette portion du sac, pour la dilater sans l'inciser; on fit la réduction avec facilité sans rien couper de plus. »

Eh bien ! ceci n'est-il pas clair et manifeste, n'y avait-il pas dans ces cas autre chose que la striction de l'anneau? La conséquence n'est-elle pas inévitable? Non, le préjugé l'emporte; et J.-L. Petit expose les exceptions à sa méthode opératoire, sans mentionner l'étranglement par le collet. Il a été par là entraîné dans une autre erreur, en attribuant à l'anneau ce qui est bien démontré appartenir au sac même. Chez tous ceux qui se servent du brayer, « on trouve au toucher, dit-il, les bords de l'anneau et la circonférence beaucoup plus ferme et plus dure qu'elle n'étoit avant qu'ils se fussent servis d'un bandage. J'ai observé à ceux-là que quand on est obligé d'en venir à l'opération, on trouve l'anneau plus dur et plus difficile à couper que dans ceux qui ne se sont point servis de bandage, ou du moins qui n'en ont pas fait un long usage (1). » Au lieu de l'anneau écrivez *le collet du sac,* et cette remarque sera extrêmement juste, et en accord avec les observations déjà faites par Ledran et avec les recherches les plus modernes.

Mais cependant à l'appui de sa théorie sur l'étranglement par l'anneau, apportait-il un seul fait bien authentique? Non, pas un seul. A la vérité il a préconisé une méthode nouvelle qui consiste à diviser l'anneau sans ouvrir le sac, et qui, bien que déduite de la théorie même, semble pourtant lui servir de justification et de preuve. Notons d'abord qu'il est assez singulier que J.-L. Petit, donnant cette méthode comme préférable dans la majorité des cas, ne rapporte pas un seul exemple d'application sur le vivant, et que Garengeot qui la vante d'après lui n'en cite pas davantage. Mais je veux croire que tous deux l'ont mise en pratique et avec succès. Qu'est-ce que cela prouve? Franco ne se contentait-il pas quelquefois de mettre le sac à nu sans débrider d'aucune manière? Et enfin n'obtient-on pas tous les jours la réduction, même sans avoir découvert le sac? Pour que la preuve fût valable, il faudrait qu'après avoir mis à nu le sac et l'anneau, on essayât la réduction sans succès, et qu'elle devînt tout d'un coup facile après l'incision de l'anneau. Encore ne serait-ce pas là une démonstration directe, comme celle qui résulterait de l'autopsie; et n'êtes-vous pas frappés de cette circonstance, que toutes les autopsies ont donné jusqu'ici gain de cause à l'étranglement par le collet du sac ?

QUATRIÈME ÉPOQUE.—DE 1750 JUSQU'A NOS JOURS.

Avant d'entrer dans l'examen des travaux de cette dernière époque, jetons un coup d'œil rétrospectif sur celles qui l'ont précédée, et essayons d'en bien déterminer le caractère.

Dans l'époque ancienne, les praticiens ne connaissent ni l'anatomie normale ni l'anatamie pathologique; ils n'ont pas même cette ressource de l'opération qui met au moins la hernie à nu; ils en sont réduits aux phénomènes extérieurs : la dureté de la tumeur, qu'ils interprètent par l'accumulation d'excréments durcis, et la douleur qu'ils interprètent par l'inflammation.

Dans la deuxième époque, l'anatomie normale ou pathologique fait défaut encore ; mais comme on a la hardiesse d'opérer, on s'aperçoit facilement que l'intestin hernié est plus distendu par des gaz que par des matières, et que la réduction exige quelquefois le débridement de l'orifice abdominal. On réunit alors pour expliquer la dureté de la tumeur les flatuosités aux matières fécales, et à l'inflammation on ajoute l'étroitesse de la rupture supposée du péritoine.

Dans la troisième époque, on commence par faire table rase des opinions antérieures. La nécessité du

(1) J.-L. Petit. Œuvres posthumes.

Digitized by Google

débridement frappe seule les opérateurs; mais privés tout d'abord des secours de l'anatomie pathologique, ils se confient aux fausses clartés d'une anatomie descriptive mal faite; tant que celle-ci décrit trois anneaux, on admet un étranglement multiple; quand le scalpel ne trouve plus qu'un seul anneau, on revient à l'étranglement simple. Cependant l'anatomie pathologique apporte lentement ses enseignements directs; on commence par négliger les premiers faits, on interprète mal les seconds; et quand enfin ils se sont assez multipliés pour forcer les convictions, tout au plus leur fait-on une place dans la théorie ancienne, mais en conservant à cette théorie une valeur égale ou même supérieure à celle des faits qui tendent à la détrôner.

Et maintenant quel sera le rôle de l'époque moderne? Va-t-elle enfin ouvrir les yeux à la lumière, rejeter dans l'ombre les présomptions hypothétiques, les faits incomplets et sans valeur, pour mettre au premier rang les faits directs, authentiques, incontestables? Hélas! nous n'en sommes pas encore là. Nos prétendus sectateurs de Bacon tiennent de trop près à l'école cartésienne; et ils tiennent davantage à une hypothèse qui satisfait leur *raison* qu'à un fait positif qui les dérange. Nous avons hérité de toutes les doctrines du dix-huitième siècle, sans prendre la peine de les vérifier; et si nous y avons ajouté quelque chose, c'est encore le plus souvent en suivant la même marche, et procédant par voie d'hypothèse et de déduction.

Pour ce qui regarde l'étranglement par le collet du sac, il est resté universellement admis à partir de 1750, mais dans des conditions variables, et deux opinions se partagent encore aujourd'hui notre monde chirurgical. La première est celle de l'école française, représentée par l'Académie royale de chirurgie, suivie en Italie et en France; elle professa que l'étranglement par le collet est plus fréquent que celui par l'anneau ou les anneaux, tandis que l'école anglaise enseigne la proposition contraire. Il ne sera pas sans intérêt de chercher comment les deux partis en sont arrivés à des conclusions si opposées.

L'Académie de chirurgie n'avait rien publié sur ce sujet depuis le mémoire d'Arnaud; on ne trouve même rien qui y ait rapport dans le fameux mémoire de Goursaud, sur lequel j'aurai à revenir tout à l'heure: *Remarques sur la différence des causes de l'étranglement dans les hernies.* Mais à côté de ce mémoire, dans le même volume publié en 1768, il y a un travail de Louis qui nous montre le chemin qu'avaient fait à Paris les idées de Ledran et d'Arnaud. Louis combat la méthode de débridement proposée par Petit sans ouverture du sac; *l'on ne peut nier*, dit-il, *que le rétrécissement du sac dans le passage ne soit une cause très-fréquente d'étranglement;* et un peu plus loin, il ajoute:

« On ne disconvient pas qu'en beaucoup de cas la hernie ne puisse être réduite après qu'on a ouvert le sac herniaire, sans faire incision à l'anneau; les parties sont sous les yeux; c'est souvent leur *implication*, ou la surcharge des matières qui empêchent la réduction, *ce n'est presque jamais le resserrement de l'anneau; il arrive au contraire très-communément qu'il est beaucoup plus dilaté dans le cas d'étranglement que dans l'état ordinaire qui permet librement l'issue et la rentrée des parties;* on peut donc quelquefois les dégager et les réduire sans débrider l'anneau. »

Plus loin encore: « *Le sac herniaire a plus souvent besoin d'être incisé dans le détroit de l'étranglement que l'anneau même.* » Et enfin comme conclusion: « *La nécessité d'inciser l'anneau et le sac herniaire à l'endroit de l'étranglement fera toujours prévaloir le procédé ordinaire* (1). »

Cela est net et tranchant; mais bien que ces paroles de Louis semblent le rapprocher de l'opinion que je mets en avant, je ne saurais leur accorder scientifiquement plus de valeur qu'elles n'en méritent. Le sac herniaire a plus souvent besoin d'être incisé que l'anneau même! Et qu'en savait Louis? Quelles recherches avait-il faites à cet égard? Avait-il seulement bien étudié le canal inguinal? Savait-il qu'au delà de l'anneau du grand oblique il y en avait un autre, tout aussi capable de produire un étranglement? Non, en aucune manière; et j'ajouterai quelque chose de plus étonnant: Louis n'avait pas même suffisamment étudié et compris les observations de ses devanciers; il niait les plus importantes.

Nous avons rapporté les cas de hernies réduites en masse observées par Ledran et Arnaud, et particulièrement celui où cette rentrée en bloc fut constatée par l'autopsie. Mais cela choque les idées de Louis; il ne comprend pas un pareil phénomène, donc le phénomène est impossible; donc ceux qui l'ont vu ne l'ont pas vu. Il rapporte littéralement ce passage si clair, dans lequel Ledran raconte que, pour extraire l'intestin, il lui fallut ouvrir le sac avec des ciseaux; et il traite ceci d'*erreur grossière;* et il s'écrie: *Laisserons-nous dégrader l'art le plus utile à l'humanité en tolérant des principes aussi défectueux* (2)?

Il n'y avait là ni principes, ni dégradation; il y avait un fait nouveau et conséquemment un progrès de l'art, et ce fait s'est tellement répété depuis qu'on rirait du chirurgien qui oserait encore le nier. Mais

(1) Mém. de l'Acad. roy. de chirurg., t. IV, p. 294, 295 et 297.

(2) Ibid., p. 307 et 309.

Digitized by Google

c'était ainsi qu'on traitait alors la science, tant la trompeuse philosophie de Descartes avait dominé les plus heureuses intelligences; et cette façon de raisonner n'était pas seulement propre à la France; Percival Pott, en Angleterre, niait également les faits de Ledran par cette raison miraculeuse qu'il ne les comprenait pas!

Un partisan plus éclairé de l'étranglement par le collet du sac fut Scarpa. Il avait étudié les observations de ses devanciers; il avait disséqué un grand nombre de sujets atteints de hernies inguinales, et plusieurs qui avaient souffert l'étranglement; et il était en droit de conclure que *le resserrement du sac herniaire ne doit plus être regardé comme un accident rare, mais bien comme une des causes* LES PLUS FRÉQUENTES *de l'étranglement*(1). Quant à l'étranglement par l'anneau dans les hernies inguinales et crurales, Scarpa n'y arrête point son attention; il l'accepte comme démontré, et s'abstient d'en administrer aucune preuve.

Enfin, Dupuytren a été plus loin et a essayé de fixer le rapport de fréquence de l'un et de l'autre étranglement. Ses dissections lui ont prouvé, dit-il, *que, dans le plus grand nombre des cas, le collet du sac hernié était la cause des accidents*, et il ajoute: « Le temps a sanctionné mes idées sur ce point, et je crois pouvoir maintenant établir que, sur neuf cas d'étranglement, *il y en a au moins six* qui sont dus à la constriction par le collet du sac. »

J'ai deux remarques importantes à faire sur ce texte: la première est que toutes les dissections rapportées par Dupuytren ont rapport à des étranglements par le collet du sac, pas une seule à l'étranglement par les anneaux. Ainsi le grand chirurgien du dix-neuvième siècle se trouve dans la même direction et occupé au même travail que ses devanciers du dix-huitième; il est enchaîné par une théorie qu'il a reçue de tradition, et il accumule péniblement des faits positifs pour diminuer le domaine de l'hypothèse, sans se demander si cette hypothèse, qu'il n'ose attaquer de front, est appuyée sur quelques chose ou sur rien. Et là se trouve la justification de cette longue discussion que j'ai entreprise: Ledran, Arnaud, Scarpa, Dupuytren, et mille autres après eux, n'auraient jamais réussi à détruire la théorie ancienne, eussent-ils réuni des milliers de faits, parce qu'on leur aurait toujours opposé l'expérience contraire. Il s'agissait de faire voir en quoi consistait cette prétendue expérience, qui ne compte pas encore aujourd'hui un fait irréfragable pour la soutenir.

Une deuxième remarque, c'est que la proportion indiquée par Dupuytren est purement hypothétique, et n'a pas la moindre valeur positive. S'il avait consulté seulement ses dissections, il fallait dire que les anneaux ne produisaient jamais l'étranglement. S'il s'en rapportait à ses opérations, il n'était plus en droit de rien conclure. En effet, il est très-certain que Dupuytren avait commencé l'étude des hernies inguinales sans connaître l'anatomie du canal inguinal, que sir A. Cooper n'avait pas encore découverte; et il ne paraît pas moins certain que plus tard, ses premières idées réagissant malgré lui sur ses nouvelles notions anatomiques, il ne distinguait par suffisamment ce qui pouvait être attribué à l'anneau abdominal ou au collet du sac. Voyez plutôt la différence qu'il établit entre l'étranglement par *l'anneau*: il dit *l'anneau*, comme s'il n'en existait qu'un.

« M. Dupuytren a encore rencontré un grand nombre de fois la constriction à l'orifice de l'anneau inguinal. Lorsque l'étranglement existe *à l'anneau*, c'est-à-dire à l'orifice inférieur du canal inguinal, la tumeur formée par la hernie ne s'étend pas au-dessus de ce point; tout le trajet du canal inguinal est vide, souple, indolent au toucher, et l'anneau paraît serré, dur et tendu. Au contraire, lorsque l'étranglement est situé au collet du sac herniaire, *c'est-à-dire à la hauteur de l'orifice supérieur du canal inguinal*, ce canal est constamment plein, dur, douloureux, et offre au toucher la sensation d'une tumeur cylindrique, dirigée de bas en haut et de dedans en-dehors... Ces indications n'ont jamais trompé M. Dupuytren, et nous avons constamment vu l'opération justifier le diagnostic qu'il avait porté d'avance sur le siége de l'étranglement.

» Avec tout le respect que je porte à cette grande renommée, qu'il me soit permis pourtant de dire que cette symptomatologie aurait besion d'être redressée en plus d'un point. Mais ce qui importe pour le présent, c'est de noter que Dupuytren, dans son diagnostic, confond absolument l'étranglement par le collet du sac et celui de l'anneau abdominal, et qu'il expose ainsi sa doctrine à toutes les objections de l'école anglaise contemporaine. »

Je ne saurais non plus omettre une assertion de Dupuytren, où certainement la théorie anatomique l'a emporté dans son esprit sur l'observation pratique. Il n'admet l'étranglement aussi fréquent par le collet du sac que pour les hernies inguinales: *cette disposition se retrouve plus rarement dans les hernies crurales et ombilicales: la structure des parties rend très-bien compte de ces différences*(1). En ce qui concerne les hernies crurales, c'est une

(1) Scarpa, Traité pratique des hernies, trad. française; p. 112 et suivantes.

(1) Leçons orales de Dupuytren, 2e édit., t. III, p. 543 et 548.

Digitized by Google

double erreur, erreur anatomique et erreur clinique. Dans cet article même on rapporte trois observations de Dupuytren, dans lesquelles les hernies crurales étranglées au collet étaient rentrées en masse; et toute proportion gardée, cet accident paraît plus fréquent pour les hernies crurales que pour les inguinales. Ajoutez que l'anneau crural est beaucoup plus large dans l'état naturel qu'aucun des autres anneaux vasculaires.

Revenons maintenant à l'école anglaise, et voyons par quelle ligne de succession ses idées actuelles lui sont arrivées.

Peu d'années après la publication du traité d'Arnaud, en 1756, Percival Pott avait mis au jour un traité des hernies, qui fut réimprimé, avec des augmentations, en 1763. Il serait curieux peut-être de comparer les deux éditions, et de constater si la doctrine de l'auteur avait subi des modifications de l'une à l'autre. Mais je n'ai sous les yeux que la traduction française, et, en conséquence, c'est la doctrine définitive de Pott que je vais exposer. Or, le point capital de cette doctrine, c'est l'étranglement par l'anneau, par un anneau unique : car ceux qui en ont décrit trois, et notablement Chéselden, « ont suivi leur imagination plutôt que la nature. » Pott admet que l'action du bandage peut resserrer cet anneau, idée qui était venue aussi à J.-L. Petit. Il n'ignore pas cependant les observations de Ledran, et il a une section spéciale où il traite *de l'étranglement de l'intestin causé par le col du sac herniaire*. Mais on dirait qu'en cet endroit l'écrivain anglais obéit à je ne sais quelle aveugle jalousie nationale, tant il cherche à rabaisser la découverte du chirurgien français. Il avance que cette sorte d'étranglement était connue bien avant Ledran, et que c'était une des raisons pour lesquelles les praticiens avaient toujours conseillé de diviser le sac ; et plus loin il ajoute, que *cette découverte supposée* ne peut être pour l'opérateur *absolument d'aucune conséquence*. Tout cela ne prouve qu'une connaissance fort peu exacte de l'histoire de la chirurgie, et une grande légèreté à conclure. Pott lui-même s'était exprimé d'une façon un peu différente dans son travail sur la hernie inguinale. « Comme cette espèce de hernie, disait-il, est sujette à l'étranglement et à toutes ses suites fâcheuses, et qu'elle est, par conséquent, dans le cas d'avoir besoin de l'opération chirurgicale, *il est très à propos que le chirurgien sache qu'une vieille hernie, qui était originairement congéniale, est exposée à un étranglement causé par le sac lui-même*, et indépendant du tendon abdominal, aussi bien qu'à celui qui est occasionné par ce tendon (1).»

(1) OEuvres chir. de P. Pott, trad. française, t. I, p. 289, 314, 382, 398.

Ainsi, ce que Nuck avait fait pour la hernie congéniale chez la femme, Pott à son tour le faisait pour celle de l'homme. Que l'on se demande maintenant pourquoi la possibilité de l'étranglement par le collet du sac, si insignifiante quand elle résulte des observations de Ledran, acquiert, au contraire, de l'importance quand c'est Pott lui-même qui croit l'avoir découverte ; c'est une de ces petites difficultés que l'amour-propre des auteurs a rendues trop fréquentes dans les sciences. Contentons-nous de constater que le chirurgien anglais a reconnu dans les autopsies directes l'étranglement du collet chez les enfants; et ajoutons que, s'il admet encore chez eux l'étranglement par l'anneau, c'est qu'il est sous l'influence de la doctrine traditionnelle. Il rapporte, en effet, quatre observations de hernies congéniales. Dans un cas, il n'y avait pas d'étranglement ; on opéra néanmoins ; mais il n'est pas fait mention de l'état du collet, nous n'en pouvons rien conclure. Dans un autre cas tout semblable, l'opération également faite, *la partie supérieure du sac était si étroite qu'on aurait bien pu se tromper en la prenant pour un étranglement fait par le tendon*. Enfin, dans les deux autres observations, la hernie était étranglée, et l'autopsie fit voir que l'étranglement siégeait au collet du sac (1).

Vous le voyez, nous arrivons toujours au même résultat ; le rétrécissement du collet constamment révélé par les autopsies ; l'étranglement par l'anneau demeurant toujours admis par la seule force du raisonnement et de la tradition. Voulez-vous un autre exemple de la manière dont les chirurgiens du dix-huitième siècle traitent les questions les plus positives? Pott déclare que *la hernie crurale n'est pas si sujette à l'étranglement que la hernie inguinale ;* et sur quoi se fonde-t-il ? C'est que la hernie passe entre le ligament de Fallope et l'os iliaque ; ce ligament, *dans tout l'espace qui est entre ses deux points de connexion* (c'est-à-dire, selon Pott, entre l'épine iliaque et la symphyse pubienne), *est lâche et n'adhère à aucun os ;* le vide qui existe entre lui et l'os iliaque *est rempli par la membrane cellulaire, la graisse et les glandes ;* et, par une conséquence naturelle, *l'intestin y jouit d'un plus grand espace* (2). Pott a oublié cependant d'expliquer comment l'étranglement pouvait avoir lieu dans un espace aussi large ; et si quelque élève l'eût interpellé à cet égard, il aurait été fort embarrassé de répondre.

C'est donc ainsi que procédait le premier des grands chirurgiens anglais du dix-huitième siècle qui se soit occupé spécialement des hernies. A son exemple, ceux qui le suivirent regardèrent comme une ex-

(1) Ouvr. cité. p. 400, 464 et suiv.
(2) Ibid, p. 390.

Google

ception assez rare et de peu d'importance l'étranglement par le collet du sac. B. Bell attribuant, dans la plupart des cas, l'étranglement *au resserrement de l'ouverture de l'oblique externe*, racontait cependant qu'il avait vu *un exemple* d'étranglement par le collet; *et je sais*, ajoutait-il, comme s'il eût craint de porter seul la responsabilité d'un fait aussi extraordinaire, *que d'autres ont fait la même observation* (1). Hey, dans le remarquable chapitre qu'il consacre à la hernie étranglée, ne mentionne cet accident qu'une seule fois, en passant; et pour frapper son attention, il fallut que dans le cours de l'opération, le col du sac herniaire au-dessous de l'anneau formât un rétrécissement si considérable qu'il eût peine à y introduire la sonde cannelée pour diriger le bistouri (2). Ainsi, tandis qu'en France la doctrine de l'étranglement par le collet du sac gagnait peu à peu du terrain sur celle de l'étranglement par l'anneau, en Angleterre, au contraire, elle semblait reculer. Nous avons vu jusqu'où Dupuytren avait fait progresser l'idée de l'école française; l'idée anglaise va être formulée d'une manière non moins tranchée par sir A. Cooper.

Sir A. Cooper venait cependant de faire faire un pas immense à l'histoire des hernies; il avait découvert le canal inguinal; il avait décrit deux anneaux au lieu d'un seul, et par là même tout ce que ses devanciers avaient écrit touchant l'étranglement par un anneau unique se trouvait frappé d'inexactitude, et, si j'ose ainsi parler, de déchéance. Deux anneaux, cela impliquait deux siéges de l'étranglement : et comme les esprits les plus élevés se laissent fréquemment entraîner à caresser leurs découvertes, A. Cooper fait une large part à l'anneau qu'on avait méconnu jusqu'à lui. « C'est à l'anneau inguinal, dit-il, que l'étranglement siége le plus habituellement dans les hernies anciennes et volumineuses, mais, *dans tous les autres cas*, son siége le plus ordinaire est à l'anneau abdominal. » Et plus loin : « ce n'est pas à l'anneau inguinal que se trouve le siége le plus habituel de l'étranglement, c'est plutôt à un pouce et demi, à deux pouces au-dessus, dans le lieu où le sac communique avec la cavité de l'abdomen. » Que restera-t-il donc pour le collet du sac? Sir A. Cooper veut bien admettre que « il est incontestable que l'étranglement a lieu *quelquefois* dans l'intérieur du sac; » et il en rapporte même quatre exemples; « *mais j'ai dit*, ajoute-t-il, *que ce mode d'étranglement est beaucoup moins fréquent qu'on ne l'a avancé.* » Ceci n'est applicable cependant qu'à la hernie inguinale; le resserrement de l'orifice du sac *s'observe beaucoup plus fréquemment dans la hernie crurale ;* et je ne veux pas oublier de dire que sir A. Cooper, en contradiction avec Pott et Dupuytren, mais, à mon avis, en complet accord avec les faits, insiste d'une manière toute particulière sur l'*imminence* de l'étranglement', sur la *facilité* de l'étranglement dans les hernies crurales (1).

Si vous dégagez des opinions théoriques qui les obscurcissent les assertions de Dupuytren et de sir A. Cooper, vous verrez que leur apparente contradiction voile en réalité une complète ressemblance. Que dit Dupuytren? Dans les six dixièmes des cas, l'étranglement siége plus haut que l'anneau inguinal. Que dit A. Cooper? Le plus habituellement, l'étranglement est à un pouce et demi ou deux pouces au-dessus du même anneau. Jusque-là, ils expriment le fait pur et simple; ils sont d'accord. Mais vient la théorie, et Dupuytren dit : c'est le collet; tandis qu'A. Cooper répond : c'est l'anneau abdominal. Nous avons demandé au premier les preuves de sa théorie, et nous n'avons trouvé que des réponses incertaines. Sir A. Cooper sera-t-il plus positif? Je cherche dans tout son livre par quel moyen il s'assure que l'étranglement siégeant à cette hauteur est dû à l'anneau et non point au collet, et je ne trouve que ces quelques mots : « Le chirurgien (dans l'opération) porte le doigt dans le sac afin de connaître le siége de l'étranglement. Il le trouvera, soit à l'anneau inguinal, soit à un pouce et demi ou deux pouces de cet anneau (2) ; » et, dans ce dernier cas, l'auteur accuse l'anneau abdominal.

Mais s'est-il convaincu, par quelques autopsies, qu'alors en effet il avait affaire à l'anneau et non au collet? Il n'en rapporte pas une seule en preuve de son dire. Mais, dans ses opérations, a-t-il pris quelques précautions pour éviter la méprise? En aucune façon; et cette méprise, il ne l'a pas même soupçonnée. En résumé, il est besoin de l'en croire sur parole, et, à notre époque, cette garantie ne suffit pas. D'ailleurs, pour les partisans les plus effrénés de l'autorité, qui croire de préférence, de sir A. Cooper ou de Dupuytren?

Je répondrai sans aucune réserve : pas plus à l'un qu'à l'autre, lorsqu'ils s'écartent des faits. Or, j'ai lu et médité attentivement, une à une, toutes les observations de sir A. Cooper; il n'y en a pas une qui puisse faire preuve de l'étranglement par l'un ou

(1) B. Bell, Cours complet de chirurgie, traduit par Bosquillon, tom. I, p. 189.

(2) Hey, Practical observ. on Surgery, 3e édit., 1814, p. 195.

(1) OEuvres chir. d'A. Cooper, trad. par MM. Chassaignac et Richelot, p. 236, 247, 248, 308 et suivantes. Voyez aussi, pour la fréquence de l'étranglement à l'anneau abdominal, une note d'A. Key, p. 220.

(2) Ouvrage cité, p. 246.

Digitized by Google

l'autre anneau; bien plus, il a regardé la chose comme si bien admise, qu'il n'a pas seulement songé qu'elle eût besoin de preuve.

J'arrêterai ici cette exposition des doctrines modernes sur la question du siége de l'étranglement; non pas qu'il ne se trouve encore après Dupuytren et sir A. Cooper plus d'un nom illustre à jeter dans l'un ou l'autre plateau de la balance, s'il s'agissait ici de compter les voix. Mais je ne sache pas que personne dans ces derniers temps, ait fixé une attention spéciale sur notre problème; chacun a gardé son opinion telle qu'il l'avait reçue, et nul n'a produit de faits nouveaux à l'appui.

Qu'il me soit permis cependant de faire remarquer que les partisans de l'étranglement par les anneaux n'ont pas suffisamment réfléchi à certaines considérations d'anatomie et de pathologie, qui ne s'accordent guère avec leur hypothèse. Les grands anneaux du ventre par lesquels s'échappent les hernies sont tous disposés pour livrer passage à des vaisseaux importants, et, à l'exception d'un seul, l'anneau ombilical, qui a une tendance naturelle à s'oblitérer, du moins dans le jeune âge, parce que ses vaisseaux sont oblitérés eux-mêmes, les autres ont été constitués pour rester libres et ouverts, parce que leurs vaisseaux subsistent et ne sauraient subir de constriction sans donner lieu à de graves désordres. Qu'arriverait-il du testicule, si l'anneau inguinal jouissait chez l'homme de la propriété de revenir sur lui-même comme l'anneau ombilical? Que deviendraient les membres inférieurs, si l'anneau crural, en se rétrécissant, allait étreindre à la fois la veine et l'artère crurales? Je ne sache pas que pareille chose ait jamais été vue, et cependant, suivant la doctrine actuelle, c'est ce qui devrait arriver dans tous les cas d'étranglement herniaire par l'un des anneaux. Quoi! la hernie inguinale serait serrée jusqu'à la gangrène, et le cordon testiculaire, nécessairement compris dans la même striction, la supporterait impunément? Quoi! l'étranglement porté dans la hernie crurale jusqu'à couper les tuniques internes de l'intestin, et tout à côté, et dans le même anneau, la circulation s'exerçant sans trouble et sans effort dans l'artère et la veine? S'il en était ainsi, il y aurait du moins dans la doctrine actuelle une lacune à combler; il faudrait nous expliquer ces étranges immunités des vaisseaux cruraux et du cordon testiculaire, parfaitement rebelles à la théorie, quoique si bien établies par l'expérience.

Mais, après tout, ce ne sont plus des théories et des explications, ce sont des faits qu'il faut à cette heure; et afin que les faits à venir se produisent avec toute leur netteté et toute leur puissance, il est essentiel encore que nous fassions justice de deux autres hypothèses qui pourraient jusqu'à un certain point influencer le jugement des observateurs. Comme elles sont plus récentes, elles n'ont pas eu jusqu'ici autant de succès que leur aînée, et, toutefois, elles se présentent aussi sous d'illustres patronages. La première a été établie par l'Académie royale de chirurgie, et elle a principalement trouvé créance dans l'école française; l'autre est d'origine germanique, et sir A. Cooper a cherché à la propager.

En 1768, dans le quatrième tome des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, il parut un mémoire de Goursaud, chirurgien d'ailleurs peu connu, *sur la différence des causes de l'étranglement dans les hernies*. L'auteur n'y touche pas même à la question de l'étranglement par l'anneau ou par le collet; quel que soit l'orifice constricteur, il cherche par quel mécanisme la hernie s'étrangle. Alors déjà Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie, avait imposé à ses collègues une nouvelle allure scientifique; il avait remis en honneur une sorte d'érudition d'assez bas aloi, qui cherchait dans les auteurs des siècles passés des faits et des théories en accord avec les théories nouvelles, sans trop se soucier de remonter aux sources primitives et de vérifier la valeur de ses emprunts. Nous avons vu que l'idée favorite des anciens, l'accumulation des matières fécales dans la hernie, déjà un peu déchue au seizième siècle, avait été entièrement rejetée au dix-septième; le mémoire de Goursaud était destiné à la remettre en vigueur. On reconnait ce beau dessein dès les premières lignes du mémoire:

« Les anciens ont été fort attentifs à distinguer les différentes causes de l'étranglement dans les hernies, et à donner les signes par lesquels elles se manifestent. Cette maladie est si commune que les occasions de l'observer sont pour ainsi dire journalières; cependant la doctrine des anciens maitres, fondée en expérience et en raison, a été entièrement négligée dans la pratique au grand préjudice des malades. »

Le lecteur sait à quoi s'en tenir sur la doctrine si bien fondée des anciens maitres; voyons quelle va être celle de Goursaud.

Il y a deux espèces d'étranglements: l'un *par inflammation*, quand la constriction est forte; tels sont les cas où l'on a vu la gangrène survenir au bout de trente-six heures. Vous imaginez-vous que l'auteur se mette en peine de prouver que l'inflammation est ici la cause des accidents? Vous seriez dans une grave erreur; il affirme, et ne rapporte pas même une seule observation en preuve. La deuxième espèce est dite *par engouement de matières;* elle est établie sur un passage de Franco, appuyé de l'autorité de Couillard, et de quelques observations parfaitement insignifiantes pour l'objet en discussion, savoir: que l'étranglement est causé par un engouement des matières. Chose étrange! il a cependant suffi d'une simple et pure allégation de Goursaud pour faire admettre en France une théorie

Digitized by Google

aussi peu fondée; théorie que la pratique seule aurait suffi à renverser, et qui n'a pu tenir contre les plus simples expériences. J'ai rapporté dans mon *Anatomie chirurgicale* les expériences de B. Travers, corroborées par celles de M. Jobert; sans doute il y a plus d'un reproche à leur faire, et je ne voudrais pas dire qu'elles représentent toujours exactement ce qui se passe chez l'homme; mais enfin ce sont les seuls faits directs que possède encore aujourd'hui la science; et de ces premiers faits il résulterait que dans le prétendu étranglement par l'inflammation, il n'y a pas inflammation, mais gangrène; que dans l'étranglement par engouement des matières, il n'y a pas engouement des matières, mais inflammation.

L'autre hypothèse est due à Richter, qui, à la suite des chirurgiens anglais, niait la fréquence de l'étranglement par le collet, mais qui admit, en revanche, un étranglement *spasmodique*, un étranglement *bilieux*, et quelques autres du même genre. L'argumentation de Richter est curieuse.

« Il y a un étranglement bilieux; et pourquoi l'irritation bilieuse ne produirait-elle pas aussi bien un étrangement de hernie qu'un miserere? »

Saisissez-vous la force de cet argument; *et pourquoi pas?* J'admets telle chose, prouvez-moi que j'ai tort, bien qu'il me soit impossible de démontrer que j'ai raison. Hélas! nous sommes réduits pour riposter à Richter à recourir à cet axiome de l'école: *quod gratis affirmatur, gratis negatur.*

L'étranglement spasmodique est tout aussi positivement établi. *Il me paraît vraisemblable que telle chose indique un étranglement spasmodique... Il ne paraît point invraisemblable que le siége du spasme est surtout dans les muscles du bas-ventre;* à quoi le traducteur Rougemont ajoute très-sérieusement en note: *Schmidt confirme le sentiment de notre auteur.* Ainsi voilà *le sentiment* de Richter confirmé par *le sentiment* de Schmidt, qui probablement n'aura pas manqué de s'appuyer à son tour du sentiment de Richter. Au reste, déjà celui-ci se défendait d'avoir eu le premier cette idée, et il avait appelé à son aide le sentiment de Schmucker.

Ainsi qu'il a été dit, la théorie de Richter a obtenu très-peu de faveur parmi nous. En Angleterre, sir A. Cooper la regarde comme *difficile à admettre quand la constriction siége à l'anneau inguinal.* « Mais quand l'étranglement siége à l'anneau abdominal, une portion de l'intestin, s'engageant au-dessous du bord des muscles petit oblique et transverse, exerce sur eux une compression qui les excite à se contracter et à réagir sur l'intestin avec une force suffisante pour produire un étranglement qui s'accompagne de symptômes spasmodiques. » Et pour preuve, l'auteur fait observer que, dans les cas de hernies peu volumineuses, il faut débrider au delà de l'anneau interne. Mais en quoi donc ceci peut-il prouver l'étranglement spasmodique? Au reste, quelques pages plus loin, si la traduction est fidèle, A. Cooper semble oublier ce qu'il a dit de la contraction des muscles, et pour l'anneau interne, il dit que l'étranglement généralement causé par la compression qu'exerce l'aponévrose du transverse et du petit oblique qui passe au-dessus de la hernie et par la résistance du bord du facia, qui passe au-dessous.

Je le répète, tout cela est imagination, conjecture, hypothèse; tout cela est un bagage inutile et embarrassant dont on a encombré les voies de la science, et il est véritablement bien temps que les chirurgiens se souviennent de ne rien admettre sans preuve, de ne rien croire qu'après avoir vu. Tout ce qui a été *démontré* jusqu'à présent, et je mets à dessein ce mot en italique, c'est que pour les anneaux inguinaux et l'anneau crural, l'étranglement est produit par le collet du sac; que quand ce collet est très-étroit, la hernie est promptement menacée de gangrène; que quand il est plus large, elle est d'abord affectée d'inflammation.

Tel est donc le résultat de la longue investigation à laquelle nous nous sommes livré, et l'on voit ce qu'il faut penser de ces doctrines si fières de leur ancienneté et du nombre de leur sectateurs. Il s'agirait maintenant d'édifier sur ces ruines, de dogmatiser après avoir critiqué. Mais à chaque jour son œuvre, et pour aujourd'hui, qu'il nous suffise d'avoir déblayé le terrain. J'essaierai, dans un autre travail, d'asseoir sur des faits nouveaux la doctrine des étranglements herniaires, et surtout d'apprendre à les distinguer d'un autre phénomène bien moins grave, avec lequel on les confond trop souvent, *l'inflammation.*

GAZETTE MÉD. DE PARIS.—Septembre 1840.

Mémoire sur les tumeurs enkystées qui se développent au-devant du genou; par M. FLEURY fils, professeur à l'école secondaire de médecine de Clermont.

Lorsque la peau recouvre des organes doués d'une grande mobilité, elle en est séparée par une poche de nature celluleuse, qui forme un sac sans ouverture, dont la face interne est lubréfiée par un liquide qui offre de l'analogie avec celui que l'on observe à la surface des membranes séreuses, et dont la face externe adhère aux téguments. On a donné

Digitized by Google

à cette petite cavité le nom de bourse muqueuse, ou de bourse synoviale sous-cutanée.

Celle que l'on voit devant la rotule est, sans contredit, une des plus développées qui existent dans l'économie. Le tissu cellulaire de cette région ne contient point de graisse dans ses aréoles ; les lamelles qui entrent dans sa composition forment un tissu feutré et offrent l'apparence d'une membrane fibro-celluleuse douée d'une grande élasticité et susceptible d'acquérir, dans quelques circonstances, une grande extension; elles circonscrivent une cavité qui est tantôt divisée en plusieurs loges par des prolongements qui s'étendent de l'une des parois à celle qui lui est opposée, et qui forment des cloisons incomplètes. Sa face externe adhère à la peau du genou ; sa surface intérieure, qui est lisse et polie, est humectée par un liquide mucilagineux qui a pour usage de favoriser les mouvements des parties molles sur les os.

Dans l'état normal, cette membrane ne contient que très-peu de vaisseaux ; ses feuillets sont susceptibles d'une grande distension lorsqu'un liquide s'y accumule. Le développement qu'acquiert alors cette petite cavité forme au-devant de sa rotule une grosseur à laquelle on donne le nom de tumeur enkystée du genou.

Cette maladie, que l'on observe rarement dans les hôpitaux de Paris, est fréquente dans notre pays. C'est d'après les nombreuses observations que j'ai pu recueillir, que j'ai cherché à en donner une description.

Les femmes paraissent plus exposées à cette affection que les hommes ; cela dépend probablement de l'habitude qu'elles ont de rester plus longtemps à genoux ; car on l'observe principalement chez les personnes qui reposent souvent sur cette partie, comme chez les prêtres, les religieuses, les blanchisseuses, les ramoneurs. Les deux genoux en sont quelquefois le siége; mais le plus souvent c'est le droit qui en est affecté.

Dans le principe, la tumeur est peu volumineuse, complétement indolente, sans changement de couleur à la peau ; sa forme est globuleuse, légèrement aplatie seulement d'avant en arrière. Elle n'apporte aucune gène dans les mouvements qu'exécute l'articulation ; son développement est très-lent, et ce n'est qu'au bout de plusieurs années que l'accroissement qu'elle a acquis rend la marche difficile, et engage les malades à réclamer les secours de l'art. Si l'on examine alors le genou, on observe au-devant de sa face antérieure une tumeur qui s'implante sur la rotule. Sa partie libre est arrondie, assez développée, sa portion adhérente plus rétrécie et comme étranglée a la forme d'un large pédicule qui est fixé sur l'os et qui lui transmet les mouvements qu'on lui imprime. Cherche-t-on à la déplacer et à lui faire exécuter des mouvements latéraux, ils se communiquent bientôt à la rotule, à son ligament inférieur et au tendon des extenseurs de la jambe. Une fluctuation, très-sensible dans le principe, plus obscure à mesure que le mal fait du progrès, est perçue dans la tumeur. Dans quelques cas, plus rares à la vérité, le toucher ne donne la sensation d'aucun liquide, et la tumeur s'offre sous l'apparence d'une masse entièrement solide.

Acquiert-elle plus de développement ? La station devient plus difficile, la marche est moins assurée, et pour peu que le pied porte à faux, les malades tombent en avant, et ce sont presque toujours les genoux qui supportent le poids du corps et qui viennent frapper le sol.

Après une ou plusieurs chutes, il survient de l'inflammation, la peau rougit, devient douloureuse; le plus léger mouvement imprimé à l'articulation y exalte la sensibilité; les téguments s'amincissent, se perforent, et l'ouverture qui s'y fait donne passage au liquide qui est contenu dans le kyste ; celui-ci, mis en communication avec l'air extérieur, s'altère, acquiert des propriétés irritantes, et contracte une odeur des plus fétides.

Dans d'autres circonstances, les parois du kyste s'enflamment et se perforent spontanément; la sécrétion de la membrane qui le tapisse est modifiée. Au liquide séreux et sanguinolent qui s'en écoulait succède un pus crèmeux, blanc, de bonne nature; des bourgeons celluleux et vasculaires se développent et déterminent en se rapprochant et en adhérant les uns aux autres l'oblitération de la cavité.

Cette terminaison, que l'on observe quelquefois, n'est pas constante ; la tumeur peut rester stationnaire et n'apporter aucune gène dans les mouvements de l'articulation, ou bien le liquide qu'elle contient peut être résorbé spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié.

Dans le plus grand nombre des cas, l'ouverture qui s'y fait, qu'elle soit spontanée ou accidentelle, occupe sa partie antérieure, qui est beaucoup moins résistante d'une part, et qui, d'une autre part, est la plus exposée aux agents extérieurs; mais quelquefois aussi sous l'influence de la même cause, le kyste se rompt à sa base, et le liquide qu'il contient, au lieu de s'échapper à l'extérieur, fuse sous la peau, s'infiltre lentement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et va y former une cavité secondaire qui communique avec la principale. Nous en observâmes l'année dernière un exemple très-remarquable dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Clermont, chez un cultivateur, âgé d'une soixantaine d'années. Ce mal avait débuté trente ans auparavant par une petite tumeur fluctuante qui était fixée au-devant de sa rotule. Peu volumineuse, indolente dans le principe, elle n'apportait aucune gène dans les mouvements

du membre pelvien ; aussi y attachait-il peu d'importance. Vingt ans après son apparition, cet homme fit une chute sur le genou ; la poche qui contenait le liquide se rompit, et il s'épancha dans le tissu cellulaire sous-cutané de la peau de la cuisse. Au lieu d'y déterminer une inflammation à laquelle aurait probablement succédé un abcès, et par suite la sortie du liquide, il s'y forma une seconde tumeur enkystée qui devint à la longue assez volumineuse pour gêner la marche et pour engager le malade à réclamer les secours de la chirurgie.

On observait à la partie antérieure et externe de l'articulation fémoro-tibiale du membre gauche une tumeur oblongue, ayant le volume d'une grosse orange ; dirigée de bas en haut, de dedans en dehors, elle s'étendait de la rotule à la réunion du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la cuisse; elle était bosselée dans toute son étendue; mais les inégalités qu'elle présentait étaient peu profondes. La peau qui la recouvrait avait conservé sa couleur normale ; indolente à la pression, elle n'incommodait le malade que par la gène qu'elle apportait aux mouvements du genou.

Cette tumeur paraissait évidemment formée par deux portions distinctes ; la première, qui était la plus ancienne, était circulaire et occupait la partie antérieure de la rotule ; elle offrait plus de consistance et paraissait contenir un liquide plus épais que la seconde qui lui était accolée et qui s'étendait à la partie externe de la cuisse. Un étranglement assez prononcé existait entre elles deux ; mais il n'était pas tellement fort qu'on ne pût faire passer dans l'une la substance contenue dans l'autre; il suffisait pour cela de placer la paume de la main gauche au-devant du genou et de déprimer avec la droite la partie opposée de la tumeur. La peau du kyste de la cuisse était beaucoup plus mince et cédait plus facilement à la pression que les téguments qui enveloppaient celui du genou. L'un et l'autre adhéraient fortement et par une large base aux parties sous-jacentes ; le premier renfermait un liquide rouge, brunâtre, offrant la plus grande analogie avec du chocolat cuit à l'eau ; il s'en écoula à peu près 250 gr. La membrane du kyste offrait peu d'épaisseur et n'adhérait que faiblement à la peau ; son union avec les muscles de la cuisse était au contraire tellement intime qu'il eût été impossible de la détacher sans les mettre à découvert.

Une ouverture très-petite établissait une communication entre les deux tumeurs. L'indicateur ne put traverser la perforation qui s'était faite à la cloison qui les séparait ; mais il fut possible, en forçant un peu, d'y introduire le petit doigt qui pénétra dans une cavité peu spacieuse dont les parois étaient tapissées par des brides fibreuses qui offraient une très-grande résistance. Elles partaient de la face interne d'une membrane fibro-cartilagineuse très-épaisse qui adhérait d'une manière intime à la peau du genou. Ces prolongements, sous forme de cloisons incomplètes, partageaient la cavité en plusieurs loges, dans lesquelles était contenue une matière pultacée, ressemblant pour la couleur à du chocolat, et pour la consistance à du beurre récemment préparé ; elle offrait tous les caractères physiques de la pâte que l'on obtient par la pression du cacao.

L'opération qui fut pratiquée pour enlever la tumeur mit à découvert une large surface, et ce ne fut qu'au bout de trois mois et à la suite d'une suppuration abondante que la plaie fut cicatrisée et que le malade put quitter l'hôpital.

Le pronostic de la maladie qui nous occupe n'est point grave.

Son diagnostic est facile à obtenir.

Quelles sont donc les affections chirurgicales que l'on pourrait confondre avec elle ?

On sent de la fluctuation dans l'intérieur du kyste. Ce signe qui y est perçu, sinon constamment au moins dans la majorité des cas, dénote une tumeur liquide. Or quelles sont les collections de cette nature que l'on peut observer dans cette partie du corps ? Leur nombre est assez limité ; nous ne trouvons que des abcès aigus ou chroniques, une hydarthrose ou une tumeur enkystée.

Une collection purulente, qui est l'effet d'un phlegmon, est précédée par des douleurs vives. L'engorgement, lorsqu'il débute, est dur, sensible à la pression, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'on y perçoit la sensation d'un liquide ; alors la fluctuation y est très-sensible, les téguments sont amincis et offrent une couleur violacée dans la maladie que nous décrivons ; au contraire, des symptômes d'inflammation ne surviennent qu'à une époque éloignée, encore ne sont-ils point constants. Dans le principe, la douleur est entièrement indolente ; à mesure qu'elle se développe, la fluctuation y devient de plus en plus obscure, parce que les parois du kyste acquièrent une épaisseur, qui est d'autant plus considérable qu'il est plus ancien ; la douleur des téguments ne change pas.

Un abus symptomatique de la carie de la rotule est une maladie rare ; une collection purulente de cette nature serait d'ailleurs précédée par le gonflement de cet os et par des douleurs assez vives, qui se feraient subir longtemps avant l'apparition d'un foyer de pus.

Dans l'hydarthrose aiguë ou chronique de l'articulation fémoro-tibiale, il existe de la tuméfaction, mais on l'observe sur les côtés de la rotule, dont la face antérieure est libre et facile à sentir sous la peau. Lorsqu'on cherche à déplacer le liquide, c'est sur les parties latérales de l'article que l'on sent de la fluctuation, et non pas au-devant de lui.

Digitized by Google

La petite bourse muqueuse, qui est située sous le ligament rotulien, peut, dans quelques circonstances, devenir le siége d'une hydropisie; mais la tumeur qu'elle forme n'acquiert jamais un volume considérable; il est d'ailleurs facile de la reconnaître à sa position et à la présence du ligament inférieur de la rotule, qui s'oppose à ce que ses parois proéminent en avant.

Il est assez difficile de bien étudier, aux différentes périodes de la maladie, les modifications qui surviennent dans la membrane qui tapisse la face interne du kyste, parce qu'à l'époque où les malades réclament les secours de l'art, la tumeur a acquis un développement considérable. On trouve alors sous la peau du genou une enveloppe fibro-celluleuse, qui, dans le plus grand nombre des cas, lui est unie fortement par un tissu cellulaire très-serré; d'autres fois les moyens d'union sont moins intimes et on peut la détacher avec assez de facilité des téguments qui la recouvrent. Les adhérences qu'elle a contractées avec la rotule et avec les tissus fibreux qui existent sur les parties latérales de l'articulation sont toujours très-fortes.

Si, après avoir examiné le kyste à sa surface extérieure, on l'ouvre, on donne issue à un liquide mucilagineux, quelquefois incolore, le plus souvent coloré en rouge, et paraissant formé par du sang mêlé à de la sérosité.

Ses parois ont une épaisseur considérable; sa face interne est le plus ordinairement lisse, parfois tapissée de flocons pseudo-membraneux qui lui adhèrent faiblement; elle présente une coloration jaunâtre, parsemée de points rouges, qui offrent quelque analogie avec des ecchymoses.

Cette membrane est ferme, résiste à la distension et paraît formée par un tissu fibro-celluleux très-serré, qui est doublé par une membrane séreuse ou muqueuse. Elle n'offre point dans toutes ses parties la même consistance ni le même aspect. La portion qui correspond à la rotule est parsemée d'excroissances assez analogues aux fongosités qui surmontent certaines tumeurs squirrheuses; elles ont une forme conique, sont libres à leur sommet, et adhèrent par leur base aux organes sous-jacents.

Des vaisseaux nombreux, mais peu volumineux, se ramifient dans les parois du kyste et le font communiquer avec les parties environnantes.

Une tumeur enkystée de la nature de celle que nous décrivons, fut observée sur le genou d'un individu, âgé d'une soixantaine d'années, qui servait aux dissections anatomiques; elle put être enlevée avec facilité.

Le liquide qu'elle contenait était aqueux, sanguinolent, les parois de la poche étaient épaisses, très-denses, de structure fibro-celluleuse ayant, dans quelques points, la dureté des fibro-cartilages et offrant quelque analogie, pour la densité et la couleur, avec la crosse de l'aorte des vieillards. Sa face interne était traversée par trois brides fibreuses, très-résistantes, libres à leur partie moyenne, adhérentes aux parois du kyste par leurs deux extrémités, et ressemblant un peu aux colonnes charnues du cœur. Leur partie centrale était creusée d'un petit canal. La portion du kyste comprise entre leurs points d'attache était froncée et pouvait s'étendre lorsqu'on pratiquait la section de la bride.

On observait sur la partie de la tumeur qui correspondait à la rotule une masse d'un rouge jaunâtre, spongieuse, analogue au tissu du placenta, et formée par une substance molle, aréolaire, qui s'écrasait facilement entre les doigts. Ce petit corps était formé par des lobules, qui étaient unis les uns aux autres par un tissu cellulaire très-lâche; ils n'adhéraient que faiblement à la face interne du kyste.

La nature de ces brides était-elle vasculaire et le petit canal qui occupait leur partie centrale donnait-il passage au sang? C'est ce qu'il ne m'a pas été, jusqu'à présent, possible de vérifier. Quelques-uns des kystes que j'ai extirpés depuis cette époque étaient traversés par des prolongements fibro-celluleux, mais ils étaient pleins et étaient loin d'offrir la même épaisseur; probablement leur formation était moins ancienne.

Si la tumeur est entièrement solide, comme je l'ai vu une fois, elle peut offrir la même consistance dans toute son étendue, ou être formée par des tissus de nature différente. Dans quelques parties, c'est une trame filamenteuse, parsemée de granulations, qui offrent quelque ressemblance avec la substance du testicule; dans d'autres, on trouve des tumeurs facilement énucléables, qui paraissent formées par de la fibrine, et à la partie centrale desquelles est épanché un liquide sanguinolent.

Traitement. — Avant d'en venir à une opération chirurgicale, on a cherché à obtenir, par des topiques résolutifs, la disparition de la tumeur et à favoriser la résorption du liquide qu'elle contient; mais ces remèdes, qui peuvent être employés avec quelque chance de succès dans les premières périodes de la maladie, échouent complétement lorsqu'elle existe depuis plusieurs années; il suffit cependant qu'ils aient réussi dans quelques circonstances pour qu'on ne doive point en négliger l'emploi.

On pourra avoir recours aux frictions faites avec l'onguent napolitain, la pommade d'hydriodate de potasse. Des compresses trempées dans une dissolution de sel ammoniaque seront placées autour de l'articulation et assujetties avec une bande fortement serrée.

Dans un des numéros de la *Gazette Médicale*

on cite l'observation d'un individu qui a été guéri d'une tumeur synoviale qu'il portait au genou par des applications de sangsues et par des dérivatifs portés sur le canal intestinal ; mais ces cas sont tout à fait exceptionnels. Ce traitement échoue le plus ordinairement, et on est forcé d'avoir recours à l'instrument tranchant.

Les procédés opératoires devront être différents si la peau est intacte ou si elle est amincie et perforée. Dans le premier cas, on peut se contenter d'ouvrir la tumeur, de la vider du liquide qu'elle contient et de la remplir de charpie, pour y provoquer une inflammation adhésive, ou bien disséquer le kyste, le détacher des téguments et l'enlever sans l'ouvrir. On peut encore diviser la tumeur dans toute son étendue, par une incision simple ou double, et séparer de chaque lambeau la membrane du kyste qui lui adhère.

On a aussi conseillé de donner issue au liquide, en faisant à la poche qui le contient une ponction avec un trois-quarts, et en y injectant une substance irritante.

Enfin, quelques praticiens ont préconisé l'emploi des caustiques.

Si, par suite de la distension qu'ont subie les téguments, il s'y est fait une ouverture spontanée, on devra pratiquer l'excision de toutes les parties qui ont été amincies au point de ne plus pouvoir se recoller, et abandonner le reste à la suppuration.

Le procédé de l'injection peut avoir réussi dans quelques circonstances, mais il en est d'autres bien plus nombreuses où il a échoué. La membrane qui tapisse l'intérieur du kyste a le plus souvent une épaisseur trop considérable pour qu'elle puisse facilement revenir sur elle-même. Si le liquide que l'on injecte n'est pas assez irritant, il ne provoque point d'inflammation, et les choses restent dans l'état où elles étaient avant l'opération ; si, au contraire, il agit avec assez d'énergie, les parois de la tumeur ne pouvant point se rapprocher, le pus qui sera l'effet de l'inflammation n'aura pas un écoulement facile, pourra s'altérer en y séjournant et provoquer des accidents.

L'action irritante des caustiques peut acquérir plus d'intensité qu'on ne le désire, s'étendre au loin et devenir dangereuse, soit en provoquant des accidents primitifs graves, soit en déterminant des dégénérescences ulcéreuses ou fongueuses.

Si l'on opère à une époque peu éloignée de l'apparition de la tumeur, l'organisation de la membrane du kyste n'est point achevée ; elle se rapproche par sa nature de celle des séreuses, et offre de l'analogie avec la tunique vaginale dans l'hydrocèle. L'injection pourra alors réussir, et l'inflammation adhésive qu'elle provoquera amènera la cure radicale de la maladie ; mais on l'obtiendra bien plus sûrement en se servant d'une substance solide.

La charpie est celle que l'on emploie dans le plus grand nombre de cas. Une incision verticale divise la tumeur dans toute son étendue. Dès que le liquide a été évacué, on le remplace par une tente ou par des bourdonnets de charpie. L'inflammation qu'ils provoquent est bientôt suivie d'une suppuration abondante et du développement de bourgeons celluleux et vasculaires de bonne nature, qui, en se rapprochant les uns des autres, finissent par contracter des adhérences et par réunir les parois du foyer.

Dans le procédé de l'extirpation, on peut, avons-nous dit, inciser le kyste avant de l'enlever ou le détacher en totalité sans l'ouvrir. Dans le second cas, on fait une incision verticale ou cruciale qui intéresse seulement la peau ; on dissèque ensuite chaque lambeau avec soin, puis on sépare la tumeur de la rotule et des expansions fibreuses qui vont s'y insérer. Cette opération qui, dans quelques circonstances, peut être faite avec facilité, est, dans d'autres, d'une exécution des plus difficiles. Le tissu cellulaire de cette région est très-serré, et l'on est exposé à percer les téguments ou à diviser la membrane du kyste, si le tranchant de l'instrument est porté trop en dehors ou trop en dedans.

Les adhérences sont encore bien plus intimes au niveau de l'articulation, et l'on doit craindre de l'ouvrir si la main n'est pas parfaitement exercée (cet accident est arrivé une fois à notre connaissance ; le malade succomba aux accidents qui se développèrent).

Ce sont tous ces obstacles qui font souvent préférer la première manière d'opérer ; dans celle-ci, une ponction est faite au centre de la tumeur. La pointe du bistouri enfoncée perpendiculairement, jusqu'à ce que l'on sente un défaut de résistance qui indique que l'instrument a pénétré dans l'intérieur du kyste, y pratique une ouverture à laquelle on donne en l'agrandissant une étendue suffisante pour que le liquide s'écoule et pour que le doigt puisse y être introduit avec facilité.

L'indicateur de la main gauche porté dans le foyer et recourbé en forme de crochet sert à tendre et à soulever sa paroi antérieure ; le bistouri tenu de la main droite, achève la section et divise la tumeur en deux parties égales par une incision verticale ; chaque lambeau est ensuite soulevé et partagé en deux autres ; on les relève ainsi les uns après les autres, et pendant qu'un aide armé d'une pince à dissection en fixe le sommet, l'opérateur sépare la membrane du kyste, et la détache de la peau, si toutefois le tissu cellulaire qui les unit n'est pas tellement serré que l'on ne puisse le diviser. Si les adhérences étaient trop intimes, on se conten-

Digitized by Google

terait de l'exciser avec des ciseaux recourbés sur le plat.

Lorsque chacun des lambeaux a été détaché jusqu'à sa base, on cherche à séparer le kyste de sa rotule; mais la texture serrée des parties rend ce dernier temps de l'opération assez difficile à exécuter dans le plus grand nombre des cas; il suffit de retrancher le sommet des végétations qui surmontent la membrane du kyste, ou d'exciser cette membrane elle-même, sans chercher à l'enlever en totalité.

Lorsqu'une artère un peu volumineuse donne du sang, on en pratique la ligature, mais le plus ordinairement la compression que l'on exerce suffit pour en arrêter l'écoulement.

Le pansement est des plus simples : des bandelettes agglutinatives serviront à maintenir les lambeaux en contact; leur rapprochement sera favorisé par la bonne position que l'on donnera au membre; aussi recommandera-t-on aux malades de tenir la jambe constamment tendue sur la cuisse.

Le kyste n'a-t-il pas été enlevé en totalité, ce qui arrive le plus ordinairement, on devra placer de petits bourdonnets de charpie sous chacun des lambeaux; ceux-ci, appliqués par-dessus, seront maintenus rapprochés par des plumasseaux de charpie que l'on assujettira avec des compresses longuettes.

On devra ne toucher à l'appareil qu'au bout de deux ou trois jours, et renouveler le même mode de pansement, jusqu'à ce que la suppuration soit bien établie; alors on pourra réunir la plaie en rapprochant les lambeaux, et en les maintenant en contact au moyen de bandelettes de diachylum.

Les chaleurs qu'éprouvent les malades dans quelques circonstances s'opposent à l'interposition d'un corps étranger entre la peau et les parties sous-jacentes; les petits tampons de charpie placés sous cette membrane exercent, en se desséchant, une pression assez forte pour priver les opérés de sommeil et les faire souffrir horriblement; cette sensibilité est quelquefois même assez vive pour qu'on soit forcé de les supprimer complétement.

Si l'on cherche à obtenir trop promptement la cicatrisation, on voit que les lambeaux s'unissent avec rapidité les uns aux autres; mais qu'ils n'adhèrent point aux parties sous-jacentes où le pus s'accumule et séjourne jusqu'au moment où il peut se faire jour en déchirant la cicatrice des téguments, ou en les amincissant et les perforant; on devra favoriser leur recollement en appliquant sur chacun d'eux des petites compresses graduées que l'on fixera avec une bande assez fortement serrée.

Quelquefois il se forme à la base des lambeaux du foyer purulent qui retardent la guérison; c'est ce que l'on observe lorsque l'incision qui divise la tumeur ne descend pas assez bas; il reste alors entre la peau et les parties profondes un cul-de-sac dans lequel s'accumule le pus; il suffit pour obvier à cet inconvénient de prolonger l'incision jusqu'à la partie la plus déclive de la poche.

Si la tumeur n'est pas plus volumineuse, une seule incision dirigée de haut en bas suffira pour la mettre à découvert, et si la membrane du kyste peut être enlevée en totalité, on réunira les deux lèvres de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives, sans glisser de la charpie sous la face profonde de la peau; on obtiendra par ce procédé une guérison beaucoup plus prompte que si l'on pratiquait une incision crurale; car la rétraction de chacun des lambeaux s'oppose souvent à ce qu'on puisse la mettre en contact.

Quel que soit, du reste, le procédé employé, la guérison est toujours longue; on ne peut jamais espérer une réunion immédiate, car les tissus n'étant point doués de la même vitalité devront suppurer avant de pouvoir adhérer les uns aux autres.

La guérison sera bien plus longue encore si les enveloppes de la tumeur ont été assez amincies pour qu'on ne puisse plus espérer leur recollement; on sera alors forcé d'exciser toutes les portions qui ne paraîtraient pas susceptibles de contracter des adhérences, et l'on attendra que le vide soit comblé par les bourgeons charnus qui serviront de base à la cicatrice qui doit remplacer la peau.

Lorsque celui-ci aura acquis une solidité suffisante, on permettra aux malades de marcher; ils devront exercer leurs articulations à faire quelques mouvements, et on facilitera leur exécution en leur administrant des bains, des douches, en les faisant frictionner avec des corps gras ou des liniments huileux.

Gazette médicale.—Octobre 1840.

Considérations pratiques sur le traitement des tumeurs blanches; par M. Forget.

(Suite du nº précédent, p. 66, octobre.)

VI. Après avoir exposé les diverses méthodes curatives, plus spécialement mais non exclusivement destinées à combattre l'état aigu des tumeurs blanches, il me reste à examiner la valeur des moyens conseillés contre l'état chronique, et à nettement définir les indications auxquelles leur application est soumise.

En première ligne se présente la compression; on a proposé, dans ces derniers temps, de l'appliquer aux inflammations aigues de la plupart des organes externes; on a même parlé de guérisons obtenues par ce moyen. Pour nous, qui avons été

Digitized by Google

à même de constater le revers de la médaille, nous avouons que cette innovation thérapeutique n'a point notre suffrage, que nous la proscrivons dans le traitement des tumeurs blanches à l'état aigu, persuadé que si cette malencontreuse idée se généralisait jamais, ce que nous croyons impossible, tant la saine physiologie s'y oppose, elle deviendrait une nouvelle et puissante cause de gangrène à ajouter à celles que tous les nosologistes ont indiquées.

C'est donc seulement aux tumeurs blanches à l'état chronique que la compression doit s'adresser; encore son emploi, comme celui de la plupart des autres moyens résolutifs et fondants, est-il subordonné à une règle de prudence qui enjoint de ne pas y recourir immédiatement après la cessation de l'état aigu, mais d'attendre quelques jours, afin de n'avoir plus à redouter la recrudescence de l'élément inflammatoire, que pourrait aviver l'action un peu trop prématurée du bandage compressif.

Quant au mode d'après lequel il convient d'établir la compression, nous pensons qu'il doit varier en raison des différences qu'on observe dans la consistance des tissus indurés, et dans le degré de sensibilité, qui est loin d'être le même pour tous les engorgements articulaires chroniques. Aussi, nous accueillons avec empressement l'idée ingénieuse de M. Lisfranc, qui dose la compression comme s'il s'agissait d'un médicament interne quelconque.

Ce chirurgien admet les cinq doses suivantes :

Première dose. Compression légère, établie seulement avec des circulaires de bandes.

Deuxième dose. Compression un peu plus forte, avec des cônes d'agaric et des circulaires de bandes.

Troisième dose. Compression plus énergique, avec des compresses graduées et des circulaires de bandes.

Quatrième dose. Compression plus énergique encore, avec des attelles ou des pièces de monnaie entourées de linge et de bandes. La compression employée à cette dose réussit très-bien dans les engorgements durs et indolents qui persistent à la suite des fractures et des luxations; mais il est évident qu'elle ne saurait convenir à une tumeur blanche passée depuis peu de temps de l'état aigu à l'état chronique.

Cinquième dose. Elle est constituée par la malaxation; entre autres succès obtenus par cette dernière forme de compression, nous citerons la résolution située sur le côté externe du genou, et contre laquelle toutes les autres doses de compression avaient échoué.

Il faut savoir faire abstraction du bandage compressif, quand son action dépasse le but qu'on se propose; c'est toujours ce même principe qui doit régler l'emploi des fondants en général. Si donc la chaleur et la douleur envahissent de nouveau l'articulation, on suspendra la compression; et pour peu que ces accidents se continuent au delà de vingt-quatre heures, par exemple, l'indication serait de reprendre les antiphlogistiques, pour ne revenir aux résolutifs qu'après la cessation définitive des phénomènes phlegmasiques.

Comme, dans les tumeurs blanches, c'est presque exclusivement la deuxième dose de la compression qui est mise en usage, voici quelques détails nécessaires à son application : la compression doit être douce, uniforme et constante sur tous les points indurés; à cet effet, on se servira d'agaric souple, épais, de bonne qualité; car s'il est dur, mince, non élastique, la compression ne remplira plus son but : elle équivaudra, par la nature même de ses agents, à une dose plus élevée. Cet agaric est coupé en rondelles d'inégale grandeur, de telle sorte qu'étant superposées, elles forment des cônes tronqués de la hauteur d'un pouce à un pouce et demi. Dans la plupart des tumeurs blanches, la forme irrégulière et le volume considérable des articulations exigent l'emploi de plusieurs cônes d'agaric, pour que le gonflement soit également comprimé dans toute son étendue. On ne doit pas laisser le bandage appliqué pendant plusieurs jours de suite sans le renouveler, car, dès le second jour, les circulaires de bandes se relâchent, et la compression ne s'exerce plus au même degré. — Outre la compression, et comme un des plus puissants auxiliaires, nous citerons l'emploi de l'iode à l'intérieur, et ses divers composés emplastiques, tels que la pommade d'iodure de plomb, d'hydriodate de potasse, appliqués en frictions sur la tumeur. Les propriétés excitantes de ces divers médicaments nous ont été souvent démontrées par leurs effets sur certaines tumeurs blanches, où nous les avons vues rappeler les phénomènes de l'état aigu, pour que nous omettions de recommander la plus grande circonspection dans leur usage et l'attention la plus vigilante à surveiller leurs effets. Il en sera de même des eaux thermales, moyen puissant de guérison, trop souvent compromis par son application intempestive à des engorgements articulaires encore à l'état aigu. Les eaux thermales, comme les douches, ne conviennent que dans les tumeurs blanches qui existent depuis quelque temps déjà à l'état chronique; encore faut-il savoir doser l'action des douches, que l'on rendra graduellement plus énergique en prolongeant leur durée et en variant leur forme. Ainsi on commencera par les douches simples d'eau ou de vapeur; puis viendront les douches médicamenteuses aromatiques, et en dernier ressort les douches sulfureuses.

On se rappellera que les douches sont ascendantes, descendantes et horizontales; que ces dernières sont

Digitized by Google

plus énergiques que les douches ascendantes, et que celles-ci le sont moins que les douches descendantes; que les douches en arrosoir agissent plus faiblement que celles à jet unique; qu'enfin on peut, suivant le degré d'excitation que l'on veut produire, les donner à différentes hauteurs.

N'omettons pas de dire qu'on donne ordinairement la douche de deux jours l'un, puis ensuite tous les jours, si l'excitation qu'elle détermine n'est pas trop intense; et que nous avons vu la compression employée de concert avec la douche, en ayant soin de ne l'appliquer que quelques heures après que celle-ci a été donnée et de la conserver jusqu'au lendemain, produire les plus heureux résultats.

VII. Une dernière série de moyens employés contre les tumeurs blanches à l'état chronique, comprend les vésicatoires, les cautères, les moxas, les sétons, et les cautérisations avec le feu. Un mot sur chacun d'eux : et d'abord, disons d'une manière générale, qu'en raison de leur énergie, ce sont surtout ces moyens curatifs qui, empiriquement appliqués, peuvent le plus compromettre la guérison et nécessiter l'amputation.

On a conseillé d'appliquer le vésicatoire sur la tumeur blanche elle-même; M. Lisfranc, qui peut faire autorité en pareille matière, ne suit ce conseil qu'autant que la peau est saine et qu'il n'y a pas d'induration dans le tissu cellulaire sous-cutané; il donne pour raison de sa conduite, le développement possible d'une inflammation qu'il pourrait être difficile d'éteindre dans des tissus atteints d'induration blanche; tandis qu'il est facile de s'en rendre maître quand elle envahit des tissus normaux.

C'est surtout dans la tumeur blanche rhumatismale que l'on pose ainsi le vésicatoire sur l'articulation elle-même. C'est là une pratique dangereuse, qui expose à centraliser le principe rhumatique sur l'articulation; aussi est-il plus rationnel et plus physiologique de se conformer aux règles ordinaires de la révulsion, et d'appliquer la vésication ailleurs que sur le lieu qu'occupe la maladie; nous n'entendons parler ici que du vésicatoire permanent et à suppuration prolongée; car les faits nous ont appris que dans les tumeurs blanches indolentes et stationnaires depuis quelque temps, plusieurs vésicatoires volants successivement appliqués sur l'engorgement peuvent très-avantageusement ranimer la vitalité languissante, et qu'ensuite, sous l'influence de cette sorte de coup de fouet, la maladie peut affecter une marche rapidement décroissante.

Comme le vésicatoire, le moxa ne doit se poser que dans le voisinage de la tumeur, si les parties molles qui constituent celle-ci sont indurées. Quoiqu'il ne soit rationnellement indiqué que contre l'état chronique, il est des cas où tous les moyens raisonnés ayant échoué, et l'amputation devenant imminente, il est permis, nonobstant les phénomènes de l'état aigu, de recourir à l'empirisme et d'appliquer le moxa. M. Margot a cité une guérison obtenue dans un cas semblable.

Le moxa doit être petit pour deux raisons : d'abord, parce qu'il peut être utile de répéter son application; parce qu'ensuite l'expérience a prouvé que deux petits moxas successivement employés produisent dans la tumeur une excitation plus vive que ne le ferait un seul d'une grandeur double.

Le cautère agit dans la même direction, mais plus faiblement, aussi est-il peu usité.

Quant au séton, sans contredit le plus puissant de tous les exutoires, il doit être employé avec une grande réserve. Où le placera-t-on, dans l'épaisseur de la tumeur elle-même? Mais c'est jouer quitte ou double; or, en thérapeutique, c'est là un fort vilain jeu, que tout bon esprit ne craint pas de désavouer. Nous avons vu pour notre part, sur plusieurs malades ainsi traités, les tumeurs blanches tomber en déliquium. Aussi, à l'exemple de M. Lisfranc, nous plaçons le séton sur les confins de la tumeur, dans les tissus sains; et, comme c'est un moyen douloureux qui répugne en général beaucoup aux malades, on ne doit y recourir qu'en désespoir de cause, et après s'être bien assuré de l'insuffisance de toutes les autres voies de guérison. Il en doit être de même, à plus forte raison, de la cautérisation transcurrente avec le fer rouge, proposée et mise en usage par M. Rust de Berlin. Le chirurgien de la Pitié, qui a plusieurs fois employé ce moyen très-énergique, le place tout à fait en dernière ligne.

A la simple énumération des divers et nombreux agents curatifs indiqués contre les tumeurs blanches, on comprend que la guérison de cette grave affection est difficile, et exige du chirurgien autant de persévérance, que de patience de la part du malade. Qu'on se garde bien surtout, si on ne veut courir les chances d'un échec presque infaillible, de se renfermer exclusivement dans le cercle étroit d'une méthode absolue de traitement; car c'est principalement dans les maladies chroniques qu'il convient de ne pas exiger d'un remède plus qu'il ne peut donner; et qu'il est indispensable de savoir, par une association raisonnée, faire marcher de front plusieurs médicaments; l'expérience ayant démontré que deux forces, en se combinant, conduisent plus directement au but qu'on se propose, que chacune d'elles appliquée isolément.

En terminant, je ferai remarquer qu'une articulation qui vient, après un long traitement, d'être guérie d'une tumeur blanche, ne retrouve pas sur le champ le libre exercice de ses fonctions; c'est qu'il y a, comme le dit très-physiologiquement le chirurgien de la Pitié, une convalescence pour les

organes externes, de même que pour les organes internes.

La marche, après une inaction prolongée, produira de la douleur; mais si celle-ci est due à la faiblesse du membre, qui a perdu l'habitude de se mouvoir, quelques instants de repos suffiront pour la faire disparaître, et l'exercice modéré devra être continué. Si au contraire l'articulation reste douloureuse, on cessera complétement l'exercice; quelquefois même, en raison de l'irritation que la marche a déterminée, on sera dans l'obligation de reprendre pour quelque temps l'usage des phlogistiques.

Le meilleur moyen de prévenir la récidive des tumeurs blanches, consiste à faire porter aux malades une genouillère matelassée, qui s'accommode exactement aux saillies et aux enfoncements de l'articulation; cette légère compression borne l'étendue des mouvements, et facilite la résolution des tissus engorgés, en s'opposant à la stagnation des liquides, dont l'effet serait de reproduire bientôt la tuméfaction.

BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Octobre 1840.

Nouvelles observations sur l'emploi du monésia; par M. ADRIEN, D. M. P.

Jaloux de contribuer, pour ma faible part, à doter la matière médicale d'une substance qui se présentait sous de favorables auspices, et que je crois maintenant destinée à rendre d'importants services en médecine, je l'ai expérimentée avec soin depuis six mois, et bien que les applications que j'en ai faites se trouvent jusque-là assez restreintes, néanmoins les résultats en sont si avantageux que j'ai hâte, dans l'intérêt de la science, et pour appeler un plus grand concours, de les publier dès aujourd'hui; me réservant de vous faire connaître plus tard le résultat des recherches que je me propose de poursuivre.

OBS. I. — Aimée Lemaire, en nourrice à Dammartin, âgée de neuf mois, d'une constitution très-frêle et très-délicate, a la diarrhée depuis environ six semaines. Les selles sont nombreuses et tout à fait liquides, il y a quelques vomissements, le ventre est un peu tendu, la langue rouge, les gencives du haut légèrement gonflées, les yeux enfoncés, le pouls petit et fréquent, la peau sèche, l'amaigrissement extrême. La nourrice s'est bornée à donner de l'eau de riz.

Diagnostic. — Dentition difficile, irritation gastro-intestinale.

Le 12 novembre, je prescris une potion préparée avec une solution de gomme arabique, l'eau de chaux, le sirop diacode et la cire vierge, potion qui m'a souvent réussi en pareil cas, les frictions au scrobicule avec la pommade d'Autenrieth, les cataplasmes émollients sur le ventre, l'eau de riz en boisson et en lavements.

Sous l'influence de cette médication, la diarrhée ne tarde pas à disparaître, le ventre s'affaisse, le pouls est meilleur, et tout semble présager une guérison prochaine; mais, dès le 20, les selles sont redevenues et plus fréquentes et plus liquides que jamais, le ventre est ballonné, le pouls filiforme, la vie ne paraît plus tenir qu'à un fil. (Sirop de monésia à la dose de quatre cuillerées à café dans les vingt-quatre heures; un petit vésicatoire derrière chaque oreille.)

Le 22, il n'y a plus que deux selles; le 23, plus qu'une; amendement général.

Le 24, le mieux ne s'est pas soutenu; le cours de ventre a augmenté. (4 gr. d'extrait sec de monésia en pilule.) L'enfant ne tarde pas à tomber dans l'assoupissement et reste dans cet état pendant la nuit et toute la journée du 25; il n'y a plus de selles. (2 gr. d'extrait de monésia, lav. d'eau de guimauve.)

8 heures du soir. L'assoupissement continue; le ventre est dur et tendu; le pouls à peine sensible. (Lavement avec 16 grammes d'huile de ricin, synapisme aux pieds.) A peine une heure s'est-elle écoulée, que l'enfant témoigne par ses gémissements et son agitation qu'elle sent la moutarde.

Le 26, l'assoupissement est dissipé; le ventre est aplati; le pouls relevé; il y a eu pendant la nuit plusieurs selles liées, et dès lors la guérison n'éprouve plus d'entrave. Cette enfant a percé, sans accident, une dent au mois de septembre, et une au mois de janvier dernier; et elle jouit aujourd'hui, 4 mars, de la meilleure santé.

OBS. II. — Charles Gibert, de Crécy, âgé de treize ans, débile et petit de taille, a depuis dix-huit mois une irritation gastro-intestinale, qui occasionne de fréquents vomissements, et assez souvent le flux de ventre. Toutefois on ne lui fait suivre aucun traitement au collége de Juilly, où il est en pension, et lorsqu'il revient au mois d'août chez son père, la diarrhée ne l'a pas quitté depuis six mois; il est maigre, voûté, ridé, il a l'air d'un petit vieillard. Il est en outre atteint d'une laryngite chronique; il a la voix enrouée, il tousse fréquemment, il éprouve de la chaleur au larynx, il a une fièvre lente.

Le 22 septembre et jours suivants, j'ordonne l'eau de riz et huit gr. d'extrait sec de monésia; déjà, le 24, les selles sont, et moins fréquentes, et moins liquides, et en moins de huit jours, elles sont revenues à l'état normal.

Cependant l'enfant n'était pas toujours docile, il faisait de temps à autre quelques écarts de régime, qui provoquaient une ou deux selles, moitié liées,

moitié liquides, et qui me faisaient, par précaution, revenir au monésia.

J'avais d'ailleurs employé, sur la région du larynx, tour à tour l'application de sangsues, les frictions avec l'huile de croton et l'onguent napolitain, les vésicatoires volants, les emplâtres de Vigo; et prescrit les boissons mucilagineuses, les fumigations émollientes, et les gargarismes aluminés.

Au mois de janvier, l'enfant était délivré depuis longtemps de ses vomissements et de son dévoiement; ses joues s'étaient remplies, ses rides avaient à peu près disparu; il se plaignait bien encore d'un peu de chaleur au larynx, mais il ne toussait plus, sa voix était un peu moins obscure; il n'avait plus de fièvre, son état enfin était aussi satisfaisant que possible, lorsque vers les premiers jours de février il a été atteint d'une fièvre cérébrale avec épanchement au cerveau, à quoi il a succombé le 21.

Le monésia, chez les deux malades qui précèdent, a bien incontestablement arrêté les vomissements et la diarrhée, en modifiant et en détruisant, par un mode d'action particulier, l'irritation qui existait à l'estomac ainsi qu'au tube intestinal; dans ces deux cas, comme dans ceux que je citerai tout à l'heure, son action a été prompte autant qu'efficace.

Aurait-il également exercé une action favorable sur la laryngite? cette maladie ayant été l'objet d'un traitement spécial, il n'est pas facile de se prononcer à cet égard; néanmoins, en raisonnant par analogie, on sera peut-être disposé à conclure par l'affirmative, après avoir lu l'observation suivante.

Obs. III. — Madame Gayardon, de Condé, âgée de quarante-cinq ans, mère de plusieurs enfants, blonde et d'un tempérament nerveux, a une large ulcération à fond grisâtre au bord antérieur du col utérin; le reste du col est très-gonflé et le siége d'une rougeur érysipélateuse intense; il s'écoule par le vagin une sérosité muqueuse, blanchâtre, abondante.

Il existe des douleurs sourdes dans la région hypogastrique, ainsi qu'aux lombes et aux aines, des envies fréquentes d'uriner, des démangeaisons incommodes et un sentiment d'ardeur dans le vagin, des lassitudes, de l'inappétence.

Le 13 juillet, je conseille le repos absolu; l'usage des grands bains renouvelés chaque jour; des injections souvent répétées avec la décoction de racine de guimauve et de tête de pavots; des frictions aux aines avec une pommade composée de huit grammes d'iodure de plomb et soixante-quatre grammes de saindoux; la tisane de saponaire; une saignée de deux à trois palettes quelques jours avant chaque époque, et la cautérisation de l'ulcération deux fois par semaine, avec une solution de nitrate de mercure dans l'acide nitrique.

Un mois après l'emploi de ce traitement, il y a un mieux bien sensible, l'ulcération a diminué de largeur, le gonflement est moindre, la rougeur inflammatoire s'efface, le flux séreux semble tarir, l'appétit est revenu, il n'y a presque plus de douleurs à l'hypogastre ni aux lombes; mais, à partir de cette époque, la guérison ne fait plus aucun progrès, et même, vers la fin de septembre, les douleurs sont revenues pendant l'écoulement des règles; elles persistent après, et je remarque en outre avec chagrin que l'ulcération s'est étendue, que la rougeur est beaucoup plus vive et l'écoulement séro-muqueux plus considérable.

Le 30 septembre, je continue le même traitement, auquel j'ajoute deux injections chaque jour avec un demi-gros de teinture de monésia, étendue dans un demi-verre d'eau froide, et je remplace, pour les cautérisations, l'acide nitro-mercuriel par la pierre infernale.

A la fin d'octobre, madame Gayardon était radicalement guérie; elle n'avait plus ni ulcération ni écoulement.

Certes, si l'on songe qu'après une amélioration momentanée, madame Gayardon était revenue, après deux mois et demi de traitement, à peu près au même état où elle se trouvait avant de s'y soumettre, que dès l'instant où je la mets à l'usage du monésia, sa guérison fait des progrès rapides et sûrs, et se trouve complète en moins d'un mois, on ne peut se refuser à attribuer une bonne part de cette cure au médicament précité.

Obs. III. — Clémentine Barrassé, en nourrice à Villiers, âgée de cinq mois, d'une faible constitution, a la diarrhée depuis qu'elle est au monde; elle n'a presque pas de sommeil, ses membres sont décharnés, sa peau est sèche, son pouls a quelque vitesse, mais il n'est pas fébrile, son ventre est plat; elle paraît avoir fréquemment des coliques, elle va à la selle jusqu'à sept et huit fois dans les vingt-quatre heures; ses déjections sont d'un jaune verdâtre, liquides et parsemées de grumeaux laiteux.

Diagnostic. — Lienterie par atonie.

Le 5 octobre, je prescris l'eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme; quatre cuillerées à café de sirop de monésia dans la journée : une demi-cuillerée à café de sirop de pavots blancs le soir.

Le 8, l'enfant est mieux; elle repose; ses selles ont diminué de moitié.

Le 11, même état. (4 grains d'extrait de monésia en pilule.)

Le 19, l'enfant, sauf sa maigreur, est entièrement rétablie. Elle a maintenant dix mois, elle est fraîche, elle a de l'embonpoint, et elle s'est toujours, depuis, bien portée.

Obs. V. — Le 21 novembre, Marie Hardy, de Crécy, âgée de neuf mois, assez forte et jusque-là bien por-

tante, est prise tout à coup, vers les dix heures du matin, sans indisposition préalable, de vomissements, de dévoiement, accompagnés de coliques, de crampes, et d'une grande agitation.

J'étais alors en tournée dans la campagne, et ne pus voir l'enfant que vers les quatre heures de l'après-midi.

Voici quel était alors son état : le vomissement et le flux de ventre continuent sans relâche, la figure est décomposée, les yeux sont enfoncés et entourés d'un cercle noir; la peau est froide, livide et visqueuse, le pouls petit, concentré, inégal, la voix éteinte; la soif est inextinguible.

C'était, comme on le voit, une violente attaque de choléra-morbus.

J'administrai immédiatement quatre gr. d'extrait sec de monésia et soixante-quatre grammes d'eau froide amidonnée, en lavement, avec addition de quatre gouttes de laudanum; à cinq heures les évacuations avaient complétement cessé, mais l'enfant était épuisée, la peau ne put être rechauffée, le pouls resta déprimé, et la mort arriva à une heure du matin.

Obs. VI. — Irma Bon, en nourrice à Dammartin, âgée de 11 mois, vive et bien constituée, n'a jamais été malade.

Le 28 décembre, elle est prise subitement de vomissement, de diarrhée, avec oppression et un grand abattement.

Le 29, son mal empire; la nourrice lui donne, de son chef, des lavements émollients, et pour tisane de l'eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme.

Le lundi matin, 30, on vient me chercher, j'étais à Paris; je ne la puis voir que le soir. Les vomissements et les évacuations alvines sont alors pour ainsi dire continuels; la figure est profondément altérée; les yeux renversés; l'oppression considérable; l'abattement extrême; la peau moite; le pouls fréquent, petit et inégal; le ventre contracté; la soif est vive.

Diagnostic. — Cholérine grave.

(Deux grains d'extrait de monésia en pilule, lavement d'eau de riz, cataplasme de farine de lin sur le ventre, sinapismes aux pieds.)

Pendant qu'on vient chercher ces médicaments à la ville qui se trouve être à une distance d'environ 7 kilomètres, l'oppression redouble, l'enfant éprouve une véritable suffocation, ses yeux s'éteignent, et pendant deux heures qu'elle reste sans mouvement, on la tient pour morte.

La moutarde étant arrivée, on la lui applique cependant, et dès que la petite patiente commence à se ranimer et qu'on peut la faire boire, on lui administre le monésia.

Après une aussi cruelle journée on devait s'attendre à une fort mauvaise nuit; pourtant il n'en fut rien: le calme se rétablit peu à peu, et il y eut quelques moments d'un sommeil réparateur.

Le mardi les vomissements ont cessé; les déjections sont rares, les yeux ont repris de l'éclat, le pouls sa force et sa régularité. (Quatre grains d'extrait de monésia.)

Le mercredi, Irma Bon est en pleine convalescence.

Obs. VII. — M. Rœser, Eud-de-Bois, à Crécy, âgé de cinquante-deux ans, fort et robuste, avait depuis deux jours un cours de ventre excessif, accompagné de coliques et de maux de cœur; il y avait de l'insomnie, de l'inappétence, du reste pas de fièvre.

C'était le 10 janvier au soir, et M. Rœser avait à faire le 12 un voyage indispensable; il prit en se couchant deux décigrammes d'extrait de monésia, il dormit; le lendemain il allait beaucoup mieux. (Quatre décigrammes d'extrait.)

Le 12, il ne lui restait plus rien de son indisposition, et il put se mettre en route.

Obs. VIII. — Louis-Valentin Qualité, de Mongroles, âgé de seize ans, d'un tempérament sanguin, convalescent après quinze jours de maladie d'une gastro-entéro-méningite, avait encore la langue sèche et brune à son centre, et rouge à son pourtour, l'abdomen continuait à résonner à la percussion; il y avait dans les vingt-quatre heures jusqu'à dix et douze selles liquides et fétides; le pouls marquait quatre-vingt-neuf pulsations.

(Le 28 février, quatre décigrammes d'extrait de monésia.)

Le 29, les selles ont diminué de fréquence, mais elles sont encore liquides. (Même prescription.)

Le 30, deux selles liées; le pouls a soixante-dix-huit pulsations; la langue est humide; le ventre ne résonne plus. (Pour la dernière fois, quatre décigrammes d'extrait de monésia.)

A partir de ce jour, toutes les fonctions se font avec la plus grande régularité, et le malade continue à aller rapidement de mieux en mieux.

Aujourd'hui, 8 mars, son régime se compose de potages gras et maigres, de viandes blanches, d'œufs frais et d'un peu de vin coupé.

En déduction de ces observations auxquelles, si je ne l'avais pas jugé superflu, j'aurais pu en ajouter quelques autres d'analogues, et non moins concluantes, il me semble que je suis suffisamment autorisé à établir les propositions suivantes:

1° Le monésia exerce une action spéciale et contre-stimulante sur la contractilité fibrillaire de l'estomac et du conduit intestinal.

2° Cette action se traduit par la cessation, dans un laps de temps toujours très-limité, des vomissements et du flux du ventre.

Digitized by Google

3° A l'encontre des astringents ordinaires il peut être administré, non pas seulement sans danger, mais avec un avantage réel pendant la période inflammatoire, dans les gastro-entérites dont il paraît abréger la durée.

4° Il possède une vertu cicatrisante qui hâte la guérison des plaies ulcéreuses.

JOURN. DES CONN. MÉDIC.-CHIR.—Octobre 1840.

VARIÉTÉS.

—

Note sur quelques recherches expérimentales relatives au mode de transmission de la rage; par G. BRESCHET.

Il y a plus de vingt-cinq ans que M. Dupuytren, M. Magendie et moi nous fîmes le projet d'étudier, par des expériences multipliées, une maladie dont la nature est encore bien peu connue, et dont le traitement laisse tout à désirer. Je veux parler de la rage.

Plusieurs hydrophobes furent, à diverses époques, soumis à notre observation à l'Hôtel-Dieu, ou confiés à nos soins. Nous entreprîmes sur les animaux une série d'expériences pour l'exécution desquelles l'administration, et particulièrement M. Pasquier, alors préfet de police, nous donnèrent toutes les facilités désirables. Ces expériences ont été faites à l'école royale vétérinaire d'Alfort, à la ménagerie du combat et dans les laboratoires d'anatomie de la Faculté de médecine. Bientôt les circonstances politiques, et surtout les changements produits dans les administrations par les deux invasions des armées étrangères, nous forcèrent à renoncer à nos investigations.

Cependant quelques résultats obtenus soutenaient notre zèle et nous faisaient désirer de reprendre ces recherches. Chargé plus particulièrement d'étudier le caractère contagieux de la maladie et son mode de transmission, j'entrepris sur les animaux un grand nombre de vivisections. Je les trouvais cependant insuffisantes pour résoudre d'une manière certaine toutes les questions importantes que nous avions soulevées, et cette cause me fit garder le silence; mais comme, dans ces derniers temps, des doutes se sont élevés sur la nature contagieuse de la rage, nous avons pensé, dans l'intérêt de la société, qu'il serait convenable de faire connaître nos premières tentatives, bien que nous sentions l'imperfection de ce travail : il contient pourtant des faits qui mettraient le caractère contagieux hors de doute, si la science tendait à faire un mouvement rétrograde; peut-être aussi que la publication de cette note excitera le zèle de quelques jeunes médecins, qui continueront nos expériences.

Il est des maladies qui sont propres à certains animaux, et qui ne se développent pas spontanément sur d'autres. Ainsi la *rage* appartient au genre *canis*, et plus particulièrement encore au *chien*. Cependant, si nous en croyons quelques voyageurs, les chiens, en Egypte, ne deviennent jamais enragés. C'est aussi ce que nous a affirmé notre confrère M. Larrey.

Bien que la rage spontanée ait été attribuée à des animaux autres que le chien, c'est sur cette espèce que le développement spontané a été bien constaté. C'est de l'espèce *canine* que la maladie est ordinairement transmise aux autres mammifères et à l'homme lui-même.

La rage, dans l'espèce humaine, n'est jamais spontanée, et ne peut résulter ni de l'influence des circonstances hygiéniques, ni d'affections morales. Il y a toujours eu *inoculation*. C'est sans doute pour n'avoir pas bien établi la différence qui existe entre les affections nerveuses où l'on observe l'horreur des liquides, la difficulté d'avaler, etc., etc., et la rage communiquée, qu'on a confondu l'*hydrophobie* avec la *rage proprement dite*, et par un effet tout naturel de cette confusion, on a été conduit à croire au développement spontané de cette dernière affection chez l'homme.

J'ai observé à l'Hôtel-Dieu de Paris un grand nombre de personnes enragées, et constamment chez elles la *rage* reconnaissait pour cause la morsure par un chien atteint de cette même maladie.

Quelle foi peut-on ajouter aux histoires qui ont été publiées sur le développement de la rage produit par une vive affection de l'âme, un profond chagrin, une grande terreur, etc.? Pour répondre à cette question je me bornerai à raconter un fait dont je dois la connaissance à notre confrère M. Dumas :

Un célèbre médecin suisse fut un jour mordu au doigt par un petit chien qu'on croyait être enragé; ce médecin conçut une terreur si grande de cette morsure, qu'il quitta subitement la ville qu'il habitait, sans en prévenir sa femme ni ses amis, et se retira à Berne, où il s'enferma dans une chambre. Là, armé de pistolets, il était bien résolu de se brûler la cervelle à la première apparition d'un symptôme de la rage. Heureusement aucun accident ne survint, et après deux mois d'attente et d'angoisses, il retourna dans sa ville natale dissiper les vives inquiétudes de sa famille. Si les affections morales pouvaient déterminer la rage, c'est dans une circonstance comme celle-là que l'effet devait être produit. Je pourrais citer plusieurs observations du même genre,

Digitized by Google

mais je me bornerai à dire que j'ai vu M. Dupuytren être très-inquiet pendant plusieurs mois pour avoir reçu sur une légère écorchure qu'il avait à la main, un peu de bave d'un hommme enragé qu'on avait conduit à l'Hôtel-Dieu. Les lotions avec différentes liqueurs et une cautérisation assez profonde ne suffisaient pas pour dissiper les craintes de notre confrère, et le temps seul put les faire cesser.

S'il n'existe pas de virus rabique, et si l'influence morale seule peut produire la rage, comment se fait-il que de très-jeunes enfants, ou des personnes qui n'ont aucune inquiétude ou qui ne se rappellent point avoir été mordues, ont la rage par inoculation, c'est-à-dire par suite d'une morsure? — Si le moral seul peut produire cette maladie sans qu'il soit nécessaire d'admettre de virus rabique, comment se fait-il que les animaux aient la rage et que la maladie se transmette chez eux des uns aux autres par morsure?

Parmi les faits que je pourrais citer à l'appui de ce que j'avance, je choisirai une observation dont les détails m'ont été transmis par M. le docteur Lemazurier, médecin en chef du collège de Versailles. J'ai moi-même vu à l'Hôtel-Dieu, le jeune malade qui fait le sujet de cette observation.

Une petite fille de 6 à 7 ans entra dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, au mois de juillet 1806, elle avait été mordue à la joue gauche quelques semaines auparavant, par un de ces petits chiens que l'on porte sous le bras; la plaie, de très-petite étendue, avait été négligée par les parents de cette enfant, et cependant n'avait pas tardé à se cicatriser. Personne dans la maison n'avait songé à la possibilité de l'inoculation de la rage à cette enfant par le petit chien, qu'on croyait bien portant alors, et ce ne fut que plus tard que la famille conçut des inquiétudes, mais la petite fille ignorait tout, même jusqu'au nom de la maladie à laquelle elle devait succomber. — A son entrée à l'Hôtel-Dieu la jeune malade ne présentait encore pour symptôme de la rage, qu'un violent spasme du pharynx; les boissons étaient rejetées presque aussitôt après avoir été introduites dans la bouche, et si quelques gouttes de liquide franchissaient l'isthme du gosier, l'enfant exprimait sa satisfaction avec toute la naïveté de son âge. M. Dupuytren, dans le service duquel la malade avait été placée, eut recours, mais sans succès, aux médications généralement employées. Bientôt les symptômes allèrent en augmentant, le délire et les convulsions survinrent et la mort arriva en peu de temps. La nécropsie ne fut pas pratiquée.

§ I. *De la transmission de la rage du chien à l'homme.*

C'est trop m'arrêter sur une circonstance que tous les bons observateurs et les esprits judicieux ne sauraient admettre, celle de la rage spontanée chez l'homme. Pour nous, cette maladie observée dans l'espèce humaine, est constamment le résultat d'une inoculation, et cette inoculation s'opère le plus souvent par morsure. Cette proposition n'a pas besoin de développement et les faits qui démontrent son exactitude sont connus de tout le monde.

§ II. *De la transmission de la rage de l'homme au chien.*

Nous aurions peut-être dû parler de la transmission de la rage de l'homme à l'homme, mais aucun fait, aucune observation bien authentique n'est consignée dans les annales de la science. D'après ce que je vais rapporter, il paraîtra peut-être assez raisonnable de penser que ce mode de transmission d'homme à homme est possible, puisque nous avons inoculé et transmis la rage de l'homme au chien. Voici le fait :

Le 10 mai 1813, un homme âgé de 24 ans, fut mordu par un chien enragé qui exerça aussi sa fureur sur un grand nombre de personnes, dont plusieurs furent reçues à l'Hôtel-Dieu et cautérisées avec le fer incandescent. Trois de ces personnes étaient encore dans cet hôpital, lorsqu'on y conduisit le nommé Surlu, le 18 juin 1813, troisième jour après l'invasion des accidents de la rage chez cet individu.

Les trois malades dont je viens de parler et qui avaient été mordus par le même animal que celui qui avait mordu Surlu, ne sortirent de l'Hôtel-Dieu que dans le courant du mois d'août et très-bien portants, malgré les tourments qu'ils durent éprouver sur leur sort, en connaissant, surtout, la maladie de Surlu et à laquelle il devait succomber. Cette circonstance est ici une nouvelle preuve de l'insuffisance des affections morales pour produire la rage, lorsqu'une cause spécifique (*le virus rabique*) n'a pas été introduite dans la masse de nos humeurs. Mais je reviens au fait principal, à l'histoire de la maladie de Surlu. Cet homme avait reçu trois morsures au talon droit, qu'on avait cautérisées sans doute d'une main timide, avec du beurre d'antimoine, une heure après l'accident. Surlu rassuré par cette opération contre les dangers que sans elle il aurait pu penser avoir à courir, vaqua *sans inquiétude* à ses occupations ordinaires, se livra à la débauche pendant un mois, temps pendant lequel le travail de la cicatrisation des plaies fut achevé. Tout à coup ce jeune homme perd sa gaîté naturelle; tous ses mouvements sont brusques, rapides; il s'assied, se relève précipitamment et sans aucun motif; il pleure parfois et témoigne à ses parents la crainte de devenir enragé. Le lendemain, il éprouve de la répugnance pour les

Digitized by Google

boissons, et, s'il en porte à la bouche, elles sont subitement rejetées. Le troisième jour de l'invasion de la maladie, tous les symptômes de la rage la plus prononcée se manifestent; ce n'est plus qu'en tremblant que ses parents cherchent à le tranquilliser; ils profitent d'un moment de calme pour le faire monter en voiture et le conduire dans un hôpital. Ce jeune homme en sortant de la maison paternelle croit entendre dire que sa mort est inévitable; cette idée le fait frémir et le rend à toutes ses fureurs. Admis à l'hôpital, on cherche à calmer son agitation par des paroles consolantes, en lui promettant sa guérison, en lui adressant des questions qui peuvent l'intéresser et le rassurer. La vivacité de ses regards, l'inquiétude qui règne dans toute sa personne et l'écume qui s'écoule de sa bouche ou qu'il crache sans cesse, enfin le sentiment de constriction, de douleur à l'arrière-gorge et l'horreur pour les liquides, ne laissent pas de doute sur l'existence de la rage.

M. Dupuytren, convaincu de l'impossibilité d'entraver la marche de cette maladie et surtout de la guérir par les moyens connus et généralement employés, mais sans succès jusqu'alors, tels que la morsure de la vipère, les préparations d'oxides métalliques, le mercure en frictions, les saignées répétées, les antispasmodiques, les bains, etc., et la déglutition étant d'ailleurs fort difficile, M. Dupuytren pensa qu'il fallait introduire des médicaments dans la circulation sanguine en les injectant dans le système veineux. Nous pratiquâmes la phlébotomie au bras, et à l'aide d'une seringue d'Anel, nous injectâmes une solution de deux grammes d'extrait muqueux d'opium dans une très-petite quantité d'eau distillée. Quelques instants après cette opération, il se manifesta un calme encourageant, qui fit administrer au bout de quatre heures et par la même voie, quatre grains du même médicament en solution dans de l'eau distillée; l'on obtint encore pour quelques heures la rémission des principaux accidents. Mais alors on vit le malade s'agiter, changer constamment de position, s'agenouiller sur son lit, vouloir en descendre, porter avec rapidité les mains et les bras autour de lui, et pousser des cris horribles. Il parlait sans cesse, et passa la nuit dans cette agitation extrême. — Le lendemain matin, à 5 heures, M. Dupuytren trouva le malade dans un grand accablement, mais bientôt survint un nouveau paroxysme.

Cependant le malade jouissait toujours de la plénitude de sa raison; il parlait de son père, du désir qu'il avait de lui faire un dernier adieu. Six nouveaux grains d'extrait muqueux d'opium en solution aqueuse furent introduits dans la circulation sanguine par une veine du bras. L'effet calmant fut très-peu marqué, l'agitation resta la même; la salive était toujours abondante et écumeuse; bientôt les regards devinrent fixes, la respiration parut de plus en plus lourde, laborieuse, le pouls s'affaiblit rapidement et ce malade expira (1).

Le 19 juin, pendant un des derniers paroxysmes, nous nous occupâmes, M. Magendie et moi, de recueillir sur des morceaux de linge, une assez grande quantité de salive écumeuse, et, après avoir fait des incisions à la peau de la région dorsale sur deux chiens de moyenne taille, nous introduisîmes cette bave écumeuse dans les petites plaies et nous fîmes transporter ces animaux à la ménagerie du combat. Par l'effet d'un manque de surveillance, un de ces chiens s'échappa, mais l'autre fut attaché et placé dans un lieu de sûreté (2).

Le 27 juillet, c'est-à-dire trente-huit jours après l'inoculation de la bave de l'homme enragé sous la peau de ce chien, l'animal fut pris d'une rage furieuse. Nous fîmes mordre par lui plusieurs chiens: au bout d'un mois l'un d'eux fut en pleine rage, et tous les autres devinrent successivement enragés. Nous pûmes pendant assez longtemps, au moyen de l'inoculation, entretenir successivement la rage sur un grand nombre de chiens, afin d'avoir constamment du virus rabique à notre disposition pour pouvoir poursuivre nos expériences.

Dans ces transmissions d'un animal à un autre, nous avons plusieurs fois observé que la maladie ne se manifestait plus, ou que très-difficilement, lorsque le principe contagieux, c'est-à-dire la bave de l'animal enragé, avait déjà passé successivement par trois ou quatre animaux, et le plus souvent par trois. Si ce fait vient à être confirmé par d'autres expériences, il sera d'un haut intérêt, car il démontrera que les virus s'affaiblissent et finissent par perdre leurs propriétés délétères en passant d'une manière successive d'un individu à plusieurs autres individus.

Nous avons pu constater dans ces circonstances que le plus souvent la rage se développe du vingtième au trentième jour après la morsure, mais dans plusieurs cas nous l'avons vue ne se manifester qu'après le troisième mois écoulé. Nous dirons aussi que sur plusieurs chiens enragés, nous avons vu l'*hydrophobie*, c'est-à-dire l'horreur de l'eau, manquer, et à un tel point, que ces animaux buvaient avec avidité

(1) Voyez la thèse de Ch. Busnout. Diss. sur la rage, n° 17. Paris 1814.

(2) Cette expérience est la seule que j'aie faite avec M. Magendie, toutes les autres recherches ont été poursuivies séparément par M. Magendie ou par moi. Je ne citerai donc à l'avenir que les faits qui m'appartiennent en particulier.

Voyez le Journal de physiologie de M. Magendie, t. I, page 42.

l'eau qu'on leur présentait ou qu'on leur injectait dans la gueule. Nous ajouterons cependant que ce fait n'a pu être observé que sur un petit nombre de chiens enragés, mais ces observations nous paraissent pourtant suffire pour démontrer que la *rage* et l'*hydrophobie* sont deux états morbides bien différents et bien distinctifs.

Notre observation de transmission de la rage de l'espèce humaine à l'espèce canine nous paraît une nouvelle preuve de l'existence d'un *virus rabique*, et démontre le caractère essentiellement contagieux de la maladie par inoculation. Cependant avant de porter un jugement définitif, il faut attendre de nouveaux faits et il conviendrait de tenter de nouvelles expériences. J'ignore si depuis l'inoculation que nous avons pratiquée en instillant de la bave, recueillie sur l'homme, dans le tissu cellulaire du chien, cette vivisection a été répétée par d'autres physiologistes.

§ III. *Transmission de la rage des animaux carnivores aux animaux herbivores.*

Dans le cours de ces expériences, j'ai cherché à transmettre par inoculation proprement dite ou par morsure la rage des mammifères carnivores aux mammifères herbivores. Dans une première expérience, j'ai fait mordre un âne de forte taille par un chien qui était dans toute la fureur de la rage, et au bout de trois semaines l'animal solipède présenta tous les symptômes de la maladie au plus haut degré. Je puis même affirmer que je n'ai jamais vu d'animal enragé plus furieux et avec un plus vif désir de mordre. En effet cet âne ne pouvant saisir d'autres animaux, se déchirait le poitrail et se mettait tout en sang.

J'ai aussi transmis la rage du chien à deux chevaux ; mais ici au lieu de faire mordre ces derniers animaux j'ai inoculé la rage, en insérant, sous la peau, de la bave, recueillie dans la gueule des chiens enragés, à l'aide d'une éponge fixée à l'extrémité d'un bâton.

Chez ces deux chevaux la maladie avait tous les caractères de la rage, mais à un degré moins intense et avec moins de promptitude que chez l'âne.

§ IV. *Transmission de la rage par inoculation des solipèdes aux carnivores.*

Pendant la durée de la rage des solipèdes et particulièrement chez l'âne, nous avons recueilli de la bave dans la bouche de ces animaux, et cette bave introduite sous la peau de plusieurs chiens a déterminé chez eux, après une incubation de 25 à 40 jours, tous les accidents de la rage. Cette expérience, faite sur plusieurs chiens et avec les mêmes résultats, ne paraît pas laisser de doute sur la transmission de la rage des herbivores aux carnivores, circonstance qui est niée par quelques vétérinaires.

Ces mêmes chiens, devenus enragés par suite de l'inoculation, ont transmis la rage à d'autres chiens. Il ne peut donc pas exister d'incertitude sur leur maladie. Comment donc expliquer cette différence dans les résultats? Nous pouvons alléguer en notre faveur qu'en fait de contagion, même par inoculation, on peut souvent échouer et l'absorption ne pas avoir lieu. Toutes les personnes qui vivent dans un foyer de contagion ne contractent pas la maladie, toutes les personnes que l'on vaccine ne voyent pas se développer sur elles des boutons vaccins, etc.

Je sais aussi que l'on pourra nous dire que les chiens sur lesquels nous avons inoculé la bave provenant de mammifères herbivores enragés, auraient peut-être eu la rage lors même qu'on ne les aurait pas inoculés ; c'est possible, mais comment se fait-il que ce soient les chiens inoculés qui aient la rage, et qu'à côté d'eux, dans le même établissement, les autres chiens, exposés aux mêmes influences, n'aient pas présenté la même maladie? Avant de décider la question, il faut encore répéter les expériences.

Les physiologistes et les vétérinaires qui n'admettent pas la transmission de la rage des herbivores aux carnivores n'ont peut-être pas assez tenu compte du mode de transmission. L'animal carnivore a des dents favorablement disposées pour la morsure et pour inoculer un principe virulent dans la plaie faite par une dent pointue, une dent lamaire, tandis que chez l'herbivore le râtelier dentaire est composé d'instruments plutôt contondants que piquants ou incisifs ; dès lors les tissus ne se trouvent point dans les conditions voulues pour une bonne inoculation. Nous ajouterons qu'en admettant une solution de continuité dans les tissus animaux par la morsure des herbivores, la plaie est toujours compliquée d'une très-forte contusion, et cette altération rend les tissus peu propres à absorber une matière qui se présente toujours en fort petite quantité. Ce n'est donc que d'après des inoculations bien faites par l'instrument du physiologiste qu'on pourra définitivement prononcer la transmission ou la non transmission de la rage des herbivores aux carnivores. Cependant nous devons dire aussi que quelques expériences de ce genre ont déjà été tentées et qu'elles ont donné des résultats contraires à ceux que nous avons obtenus. Ces expériences sont consignées dans le journal de physiologie de M. Magendie (1).

(1) Journal de Phys. de M. Magendie, t. VIII, p. 306.

Digitized by Google

§ V. *Essai de transmission de la rage par inoculation des mammifères carnivores aux rongeurs.*

Nous avons inoculé de la bave provenant de chiens enragés à des lapins, des cabiais, etc., et presque constamment nous avons vu, au bout de très-peu de temps, ces derniers animaux périr, mais sans que nous ayons pu constater sur eux aucun des symptômes caractéristiques de la rage.

§ VI. *Essai de transmission de la rage par inoculation des mammifères carnivores aux oiseaux.*

De semblables expériences ont été tentées par nous sur des oiseaux de différentes espèces, des gallinacés, des palmipèdes, des corneilles, des oiseaux de proie, etc., et presque toujours nous avons vu périr ces animaux sans avoir pu reconnaître chez eux l'apparition et le développement des symptômes de la rage. — Ces résultats nous ayant fait penser que les oiseaux mouraient de la blessure de l'inoculation et non de l'introduction d'une substance délétère dans leurs tissus, nous avons pratiqué à d'autres oiseaux de semblables blessures sans y introduire de bave provenant d'animaux enragés : ces animaux ont continué à vivre.

Je dirai à cette occasion que l'absorption des virus et des substances délétères est très-active et très-prompte chez les oiseaux. Je donnerai à l'appui de cette proposition des expériences que j'ai faites d'abord avec M. le docteur Pravaz, et que j'ai plusieurs fois répétées depuis. Je possédais du venin de plusieurs reptiles ophidiens que M. Lamare-Picquot avait rapporté des Indes-Orientales. Je délayais une très-petite quantité de ce virus avec de la salive ou un peu d'eau, puis en chargeant de cette solution une aiguille à cataracte, j'inoculais le venin à des pigeons ou à des oiseaux d'une plus grande taille. Huit ou dix minutes après cette inoculation, l'oiseau était tremblant, respirait avec peine, traînait de l'aile et ne pouvant plus se tenir sur ses pattes, tombait sur le dos et présentait des mouvements spasmodiques. S'il ne recevait de prompts secours, il mourait en peu d'instants.

Je dis s'il ne recevait des prompts secours, parce que nous possédions un moyen sûr pour annihiler l'action délétère du venin, moyen qui nous réussissait constamment, si nous ne différions pas trop longtemps son emploi. Il suffisait simplement d'établir un courant électrique par la plaie de l'inoculation, à l'aide d'un fil métallique communiquant avec un des pôles d'une pile galvanique en fonction, l'autre bout du fil métallique étant en contact avec un autre point du corps de l'animal. Par l'action de ce courant électrique, on voyait peu à peu les accidents morbides s'affaiblir, puis disparaître, et l'animal revenir à la vie et à la santé.

Si j'avais connu l'action de cet agent lors de mes expériences sur la rage, je me serais empressé de l'employer, mais ce n'est que beaucoup plus tard que M. Pravaz m'en a donné connaissance.

Dans le cours de mes expériences, je désirais aussi m'assurer si la rage peut se communiquer d'un herbivore à un autre herbivore; mais forcé par les circonstances à cesser mes recherches expérimentales, je n'ai pas pu constater si cette transmission avait lieu. Je sais seulement que beaucoup de vétérinaires ne la croyent pas possible (1).

---

(1) L'observation suivante m'a été communiquée par mon confrère M. Boussingault.

En 1829, M. Henri Bodmer fut chargé, par l'administration des mines de la Colombie, de conduire un fort détachement de mineurs anglais depuis Falmouth jusqu'à la Vega-de-Supia, où je résidais. M. Bodmer s'était procuré un jeune chien en Angleterre, un épagneul : c'était le seul chien de l'expédition. Les mineurs anglais débarquèrent à Santa-Martha ; là l'expédition perdit environ le tiers de son monde. On employa près de six semaines à remonter la grande rivière de la Magdalena, en laissant encore des morts sur la route ; enfin, pour arriver à Supia, on traversa la Cordilière de Sonson, c'est-à-dire qu'on passa brusquement d'une température de 28 à 36°, à celle de 18 à 10°, température que l'on éprouve fréquemment dans les forêts élevées du Paramo de Sonson. Le chien, pendant ce voyage si pénible pour les hommes, conserva sa santé, sa gaîté, son appétit, et il vint s'installer chez moi, dans la ferme du Rodeo. Quelques jours après son arrivée, nous remarquâmes que ce chien manifestait une tendance au sommeil, il mangeait moins; plus tard, il évitait les personnes qu'il avait l'habitude de caresser. Nous étions portés à voir dans tout cela une conséquence de la fatigue du voyage; M. Bodmer était d'ailleurs convaincu que son chien n'avait pas été mordu. Notre chien refusa bientôt les aliments, il s'était placé sur un canapé ; un jeune anglais (M. Lane) ayant voulu le débusquer à l'aide d'une canne, le chien s'élança sur lui, et mordit fortement la canne, puis, traversant un groupe de plusieurs personnes, sans les attaquer, il sauta à la tête d'un cheval qui se trouvait sur son passage, le mordit très-légèrement à la bouche, et prit sa course vers la route.

Je fis aussitôt partir des estafettes pour prévenir les travailleurs, en leur ordonnant de tuer tous les chiens du district. Malheureusement le chien enragé devança les messagers ; il arriva aux mines de Mamato, passa au milieu d'une centaine d'Anglais sans les attaquer; continuant sa course vers la vallée de Cauca, il entra dans l'hacienda de Murago; sur la route, il mordit sept personnes : sur ces sept personnes, six n'éprouvèrent aucun accident; un jeune nègre devint seul enragé. Il mourut environ un mois après la morsure, malgré les soins empressés qui lui furent donnés par notre médecin, le docteur Jervis.

Le cheval qui fut mordu par le chien ne présenta d'abord aucun symptôme alarmant, c'était un cheval remarquable

Avant de terminer cette note, je dirai quelques mots sur les voies diverses par lesquelles j'ai cherché à transmettre la rage, soit à des animaux de même espèce, soit à des animaux d'espèces différentes et comment j'ai fait ces tentatives. C'est toujours avec la bave de l'animal enragé que j'introduisais dans les tissus organiques vivants, soit par la morsure faite par l'animal malade à l'animal sain, soit par l'inoculation, que j'ai transmis la maladie.

Sur des herbivores comme sur des carnivores, j'ai porté dans le rectum ou dans la bouche et jusque dans l'estomac de l'animal sain de la bave d'animal enragé, en chargeant de cette matière des morceaux d'éponge ou en la mêlant à du pain ou de la viande, et jamais je n'ai pu parvenir à transmettre la rage. Il faut donc pour que l'effet morbide soit produit que la bave ou humeur contenant la matière virulente soit en contact avec des surfaces dénudées.

Ces résultats négatifs sont comparables à ceux qu'a obtenus Fontana, qui affirme avoir mis sur sa langue et sur celle de son domestique du venin de la vipère, sans avoir causé d'accidents (1), mais ils sont en opposition avec ce que rapportent Enaux et Chaussier, qui disent avoir vu un homme atteint de la rage pour avoir reçu sur ses lèvres de la bave d'un chien enragé (2).

J'ai inséré sous la peau de plusieurs chiens, des portions, soit de muscles, soit de tendons ou d'autres tissus provenant d'animaux enragés, et jamais je n'ai vu sous cette cause la rage se développer.

Le sang serait-il altéré dans cette maladie? Je ne puis jusqu'ici répondre à cette question qu'en rapportant les expériences que j'ai tentées : plusieurs fois, j'ai cherché à faire la transfusion du sang, c'est-à-dire à faire passer le sang d'un chien enragé dans le système circulatoire d'un chien en état de santé. Mais comme l'expérience est délicate, difficile et surtout dangereuse, au lieu de continuer à pratiquer la transfusion, je me suis borné plus tard à obtenir par la saignée du sang de l'animal enragé, et après l'avoir délayé avec un peu d'eau distillée, tiède, je l'ai injecté dans une veine d'un animal sain. Je déclare aussi que dans toutes ces expériences, je ne suis jamais parvenu à déterminer le développement de la rage, bien que ces expériences aient été répétées plusieurs fois. Je délayais avec un peu d'eau le sang que j'obtenais d'un animal enragé, parce que chez le chien le sang est très-coagulable, très-plastique, et l'on ne peut l'injecter que difficilement, si on ne lui donne pas une plus grande fluidité.

Ces derniers essais ne tendent-ils pas à démontrer que la bave ou liquide écumeux, qui s'écoule par la bouche de la personne atteinte de rage ou la gueule du chien frappé de la même maladie, offre seule les conditions nécessaires pour transmettre la rage. Cette bave est donc réellement une humeur altérée, une humeur dans un véritable état morbide, ou bien le véhicule d'un principe délétère, d'un véritable virus rabique nouvellement sécrété, mais dont la nature nous est jusqu'ici complétement inconnue.

La rage est donc une maladie virulente contagieuse et non l'effet d'une affection morale. C'est la conclusion à laquelle j'ai été naturellement conduit en suivant la voie de l'expérimentation.

Nous attendrons maintenant que les partisans de la non contagion et de la non existence d'un principe contagieux dans la salive ou la bave écumeuse provenant, soit de la bouche, soit du pharynx ou des canaux de la respiration, démontrent l'exactitude de leur opinion par des faits bien observés et bien authentiques; mais, jusqu'ici, aucun de ceux qu'on a cités ne peut être admis comme démonstratif pour faire croire à la possibilité de la *rage spontanée* chez l'homme.

Je terminerai cette note en indiquant avec rapidité les principales altérations morbides que nous avons reconnues dans le corps de l'homme ou des animaux que la rage avait fait périr.

On serait assez porté à penser que le pharynx doit être la principale partie affectée, et cependant, dans un assez grand nombre de cas, cet organe avait sa couleur naturelle; mais chez d'autres, c'était à partir du pharynx qu'on apercevait des traces de lésion dans les voies digestives, car la cavité buccale, les glandes sous-maxillaires et parotides n'ont rien offert de particulier. L'isthme du gosier, le voile du palais, le pharynx et l'œsophage avaient tantôt une teinte

---

par sa douceur. Dans la montagne, dans les chemins les plus dangereux, ce cheval déployait une adresse et une vigueur étonnantes; j'indique ces circonstances, pour montrer que le virus qui donne la rage n'agit qu'avec une lenteur extrême. Pendant près de deux mois, le cheval ne changea rien à ses habitudes : même douceur, mêmes qualités. Le docteur Jervis a cependant cru remarquer que le cheval, depuis sa morsure, transpirait beaucoup plus, qu'il se fatiguait plus promptement.

Un jour, c'était au moins deux mois après l'événement du chien enragé, notre cheval, qui se trouvait dans la cour, prend le galop, franchit la barrière, court dans la prairie de Zupia, mord tout ce qui se rencontre devant lui, chevaux, juments, poulains, vaches, taureaux; puis, prenant sa course vers la forêt, il disparaît.

Toutes les recherches faites pour retrouver le cheval furent inutiles; quelques mois après, un indien rapporta des fers qu'il avait trouvés dans les bois, à environ une lieue de mon habitation : ces fers étaient ceux du cheval, le seul peut-être qui fût ferré dans toute la province d'Antioquia.

Aucun des animaux mordus par le cheval ne prit la rage.

(1) Traité sur le venin de la vipère, sur les poisons américains, etc., etc. T. I, p. 44 et 45. Florence, 1781.

(2) Méthode de traiter la morsure des animaux enragés, etc.

rosée très-marquée, et plus souvent encore la membrane muqueuse de ces parties des voies digestives était d'un rouge intense, tirant parfois sur le violet. Une mucosité écumeuse, semblable à celle des voies respiratoires, recouvrait toutes ces surfaces et descendait jusqu'à l'origine de l'œsophage.

Très-rarement l'estomac était vide, mais il contenait du foin, de la paille ou de petits fragments de bois, ou des portions de tout ce que l'animal avait pu saisir, briser et avaler. Dans l'estomac d'animaux herbivores, cette circonstance paraîtrait peu importante ; mais chez des carnivores, je la crois digne de remarque.

Les lésions de l'appareil circulatoire, si ce n'est la distension des vaisseaux capillaires pulmonaires par du sang noir, étaient peu marquées. Nous regrettons de n'avoir pas soumis le sang à l'analyse chimique et à l'examen du microscope. C'est une lacune qu'il faudra remplir plus tard. Nous sommes assez portés à penser que l'altération de ce liquide doit être peu considérable, puisque son introduction dans le tissu cellulaire ou dans les vaisseaux d'animaux sains a été sans résultats. Que penser après cela de ce que dit Lémery, qui a écrit dans l'histoire de l'Académie des sciences, année 1707, qu'un chien devint enragé après avoir bu du sang d'un homme hydrophobe qu'on venait de saigner ?

L'examen du système nerveux nous a fréquemment fait reconnaître une injection sanguine de tout le réseau vasculaire de la pie-mère, de la circonférence du cerveau, des anfractuosités vers les scissures, et particulièrement vers la scissure de Sylvius.

On a prétendu que la rage produisait une inflammation de l'encéphale et du cordon rachidien ; mais excepté l'injection des vaisseaux de l'arachnoïde, parfois l'apparence d'un ramollissement dans la substance du cerveau, du cervelet ou de la moelle épinière et une infiltration séro-albumineuse dans le tissu lâche sous-arachnoïdien, particulièrement autour des vaisseaux, vers les grandes scissures de l'encéphale, nous n'avons pu constater aucune altération matérielle, aucun état inflammatoire bien prononcé et incontestable. Ce que nous disons de la substance de l'encéphale, nous pouvons l'affirmer aussi pour les méninges ou enveloppes de ce viscère. Nous insistons sur cette circonstance, parce que des médecins ont attribué la rage à une inflammation qu'ils ont placée dans les membranes du rachis et surtout dans la substance du bulbe rachidien.

Nous avons déjà signalé l'infiltration séro-gélatiniforme dans le tissu cellulaire de la pie-mère, et sur le trajet des branches artérielles principales.

La coloration des poumons chez les personnes mortes de la rage a été notée comme offrant de grandes différences suivant l'âge des sujets, les phénomènes et la durée de l'agonie, et suivant que cet organe était sain ou malade avant l'invasion de la rage.

Sur les animaux, nous avons trouvé cet organe d'une teinte rouge plus ou moins intense et parfois d'un brun foncé ou d'une couleur de brique. Rarement tout l'organe offrait cette coloration ; mais le plus souvent elle était répandue çà et là, ou bien elle occupait une portion plus ou moins grande et circonscrite du tissu pulmonaire.

Les vaisseaux sanguins et surtout les veines étaient gorgées de sang noir, liquide, et les vaisseaux capillaires contenaient aussi du sang noir. Une des altérations les plus fréquentes, c'est celle de la membrane muqueuse des voies aériennes. Une teinte rouge, parfois violacée ou presque brune, appartenait principalement aux bronches et moins souvent à la trachée-artère. Le larynx, ou en était exempt, ou n'offrait cette coloration que d'une manière légère. Plusieurs fois nous avons noté l'emphysème de la région cervicale et surtout celui du poumon. Cet emphysème paraissait être inter-lobulaire, dans le tissu cellulaire lui-même. Tantôt on apercevait sous la plèvre çà et là des bulles d'air, tantôt la pression du tissu faisait reconnaître que le fluide plastique était plus profondément situé. Dans plusieurs cas, nous avons vu des bulles d'air suivre les vaisseaux sanguins dans leurs diverses divisions et subdivisions. Morgagni, bien avant nous, a signalé ce genre d'infiltration de l'air dans le tissu du poumon. Cet emphysème a été attribué à la rupture de quelques vésicules pulmonaires par les cris et les grands efforts respiratoires que font les personnes et les animaux enragés. Louis a cité (*Mém. de l'Académie de chirurg.*, t. IV et V) plusieurs exemples d'emphysème du poumon et du tissu cellulaire du cou comme un des effets de la présence de corps étrangers tombés dans les voies aériennes. Ici, de même que dans la rage, il faut rapporter au trouble et la respiration et à la déchirure du tissu pulmonaire le passage de l'air dans le tissu interlobulaire du poumon.

Il serait difficile d'indiquer d'une manière précise et positive d'où provient la bave écumeuse que sécrètent en abondance les animaux enragés. Communément on la considère comme étant de la salive. Cependant les glandes salivaires ne sont pas plus gonflées et ne paraissent point recevoir plus de sang ou ne sont pas plus rouges que dans l'état ordinaire. On découvre, au contraire, dans la trachée-artère, les bronches ou le pharynx et l'arrière-gorge, une grande quantité de ce liquide écumeux. Ces circonstances portent à penser que la salive n'entre que comme partie de ce liquide écumeux, dans la composition duquel concourent les sécrétions de sérosité, de mucus des surfaces que nous venons d'indiquer. Ces remarques ont déjà été faites ; mais il faudrait

que l'analyse chimique, si elle était assez perfectionnée, pût nous montrer la nature différente de ces diverses humeurs prises sur des points divers des voies respiratoires et digestives. Les inoculations aux animaux de ces diverses liqueurs pourraient aussi concourir à indiquer leurs différences. Tout reste à faire encore sur la pathologie des humeurs, et leur physiologie est à peine ébauchée.

L'Expérience. — Septembre 1840.

Monomanie Homicide. Rapport sur l'état mental du nommé B..., accusé d'assassinat, et atteint d'aliénation mentale; par MM. Esquirol et West.

Les faits de monomanie homicide, quoique nombreux, ne sauraient être recueillis et publiés avec trop de soins à cause de leur importance dans l'étude de la psycologie, et de leur utilité d'application dans la solution des questions de criminalité, soumises par les magistrats à l'appréciation des médecins. Dans le cahier de janvier dernier, p. 204, des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, j'ai publié deux observations de monomanie. Le sujet de la première observation est un notaire qui attribue les douleurs atroces, incessantes qui le tourmentent, à l'influence de plusieurs magnétiseurs, et qui, après douze ans de maladie, tue son curé d'un coup de fusil tiré en plein jour. Dans la seconde observation, c'est une fille du peuple, âgée de 50 ans, qui, en proie à des hallucinations de l'ouïe, croit entendre nuit et jour des militaires qui la provoquent, la calomnient et l'injurient. Après dix-huit mois de maladie, cette fille jette une pierre dans la voiture du roi. Le sujet de l'observation qu'on vient de lire est un ancien militaire, devenu porteur d'eau, convaincu que des ennemis, qu'il ne connaît pas, veulent le déshonorer et lui faire perdre son état; après quatre ans, il porte un coup de couteau au portier de la maison qu'il habite et le tue.

Du rapprochement de ces trois faits, naissent des considérations intéressantes. 1° Ces trois monomaniaques offrent des différences très-notables. Le premier éprouve des douleurs viscérales; il apprécie mal la cause des sensations internes qui le tourmentent; il les attribue à des magnétiseurs. Il a des illusions des sens internes; il est en proie à une monomanie hypocondriaque. La jeune fille a des hallucinations de l'ouïe dont l'objet trahit l'origine hystérique. Le troisième n'a ni illusions ni hallucinations; mais il est dominé par la conviction que des ennemis imaginaires, sont acharnés à sa perte. Ici, c'est une monomanie idiopathique. 2° Malgré ces différences, la maladie de ces trois aliénés présente des caractères essentiels semblables. Hors de la sphère de leur délire, tous les trois jouissent de leur raison. Le notaire rédige des actes; le porteur d'eau fait son métier, jusqu'au jour où ils commettent un homicide. La fille est libre dans Paris, travaille chez une amie, jusqu'au moment où elle va jeter la pierre. Ces trois monomaniaques avaient dénoncé à l'autorité la prétendue persécution à laquelle ils se croyaient en butte; ils ne se repentent point; ils justifient l'acte qu'ils ont commis; ils se révoltent contre la pensée qu'on les prend pour fous; ils préfèrent l'échafaud à l'imputation de folie. Le jugement des tribunaux a sanctionné celui que les médecins avaient porté sur la criminalité de ces prévenus. Livrés à l'autorité administrative, l'un est à Charenton, l'autre à Bicêtre, la fille à la Salpétrière. L'observation journalière et prolongée de ces trois monomaniaques a confirmé le premier jugement sur la non-criminalité des actes qui les ont conduits devant les tribunaux.

Rapport.

Nous soussignés, docteurs en médecine, etc., agissant en vertu de l'ordonnance de M. Moreau, président de la cour d'assises du département de la Seine, en date du 8 février 1840, laquelle nous commet à l'effet d'examiner l'état mental du nommé Simon B..., accusé de meurtre avec préméditation; après avoir prêté le serment voulu par la loi, avons procédé à l'examen du nommé B..., tant ensemble que séparément; ayant recueilli de la bouche de l'accusé et des personnes qui l'entourent tous les renseignements nécessaires pour éclairer notre opinion et consulté diverses pièces de l'instruction qui pouvaient nous donner quelques lumières, nous avons rédigé, d'après tous ces documents, le rapport ci-après.

Simon B..., ancien militaire, actuellement porteur d'eau, âgé de 39 ans, est d'une bonne santé; ses fonctions digestives sont régulières; son sommeil est bon; sa constitution n'offre aucun caractère saillant, sa physionomie est très-mobile. B... est susceptible de gaîté, ses rapports sont faciles; il paraît aux personnes qui l'entourent jouir de toute sa raison tant qu'on évite d'appeler son attention sur une série d'idées dont il sera parlé plus tard. Il est, d'ailleurs, d'un calme qui étonne, lorsqu'on est instruit de la gravité de l'accusation qui pèse sur lui.

Si on interpelle l'accusé sur l'événement dont nous devons apprécier la moralité et sur les causes de cet événement, B... ne témoigne aucune inquiétude, il ne tergiverse jamais dans ses réponses, et rejette sur une fatalité étrangère à sa volonté, le résultat du coup qu'il a porté à Ory; il convient que ce résultat est très-fâcheux, mais il s'en lave les mains.

Pourquoi l'a-t-on déshonoré, persécuté, et poussé à bout? Il a demandé justice au procureur du roi et au commissaire de police, on ne lui a pas fait droit et il n'a pu arrêter le cours des événements; enfin s'il a frappé Ory, ce n'était pas pour le tuer, mais pour venir s'expliquer devant la justice.

B... ne sort point de cette réponse; il l'a faite au commissaire de police le jour même du meurtre, il l'a répétée devant l'un de nous et à plusieurs reprises, lors de la confrontation avec le cadavre d'Ory et

Digitized by Google

pendant l'autopsie de ce cadavre; il a assisté à cette opération sans émotion et sans regret; il avait déclaré au commissaire de police que *le poignard sacré n'avait versé que le sang impur;* aussi ce commissaire avait-il conclu au renvoi de B... devant l'autorité compétente, soit qu'il eût agi en pleine connaissance de cause, *soit qu'il fût atteint d'aliénation mentale.*

Nous avons visité B... à plusieurs reprises, nous l'avons questionné sur les persécutions dont il dit être l'objet, et nous l'avons trouvé constamment le même, à savoir, convaincu que des haines avaient été soulevées contre lui, et incapable de formuler un seul fait à l'appui de cette conviction. Lorsqu'il cite les circonstances, les plus indifférentes, en elles-mêmes, comme des témoignages irrécusables de persécution, il s'anime et se passionne comme au souvenir des injures les plus graves; si l'on conteste la gravité de ces faits, il s'affecte vivement et déclare que c'est en présence du tribunal qu'il s'expliquera sur toutes ces choses.

Si l'on cherche à réveiller en lui les notions les plus simples sur la moralité de l'acte qu'il a commis; si on lui représente qu'il a donné la mort injustement à un de ses semblables et sans nécessité, il repousse avec énergie tout reproche et tout soupçon de crime;'il est *innocent*, il est *complètement pur*, et il s'indigne profondément que l'on puisse le considérer comme un assassin.

B... sait qu'on le soupçonne d'être atteint de folie, mais il sourit dédaigneusement à une telle supposition; il prétend qu'il aurait pu se tirer d'embarras très-facilement, en se laissant passer pour fou, mais il se révolte hautement dès qu'on essaie de lui prouver que le meurtre qu'il a commis ne peut avoir d'autre explication que l'égarement de sa raison.

Les aliénés monomaniaques se complaisent à écrire, pour donner un libre cours à la source intarissable de leurs idées. De même qu'eux, B... écrit souvent et longuement. Interpellé par nous à cet égard, il est convenu de ce fait avec un sourire de satisfaction très-prononcé; il a exhibé ensuite un portefeuille, soigneusement gardé dans sa poche, rempli de paperasses et de lettres récemment écrites adressées à MM. Hardy et Arago avocats, à un de MM. Les juges d'instruction et à diverses personnes de sa connaissance.

Ces lettres en plusieurs doubles sont numérotées, l'accusé y attache une grande importance, il communique les unes volontiers, les autres sont tenues secrètes et ne devront être connues que plus tard. Nous en avons néanmoins obtenu de lui-même, ainsi que par l'entremise du médecin et de l'infirmier de la prison; la plupart de ces élucubrations sont un témoignage très-remarquable de l'état mental de l'accusé; on y voit qu'il n'est pas maître de ses idées, les détails les plus insignifiants et les plus étranges se multiplient sous sa plume, et après avoir fourni une longue carrière, il n'a réellement rien dit, rien exprimé.

L'accusé a écrit une relation de l'autopsie du cadavre d'Ory, et les seuls sujets qu'il omet de rapporter, sont précisément ceux qui auraient fixé l'attention de tout homme dans sa position, jouissant de son bon sens; aucun retour sur lui-même, aucun regret, aucune expression de crainte. Ce qui a frappé B..., ce sont les gestes, les regards et les propos de ceux qu'il a rencontrés dans sa route après avoir été extrait de la prison. Il raconte minutieusement les moindres paroles de ses gardiens; dans la salle d'autopsie, il avait un cadavre à sa droite, et celui d'Ory à sa gauche, on l'a fait placer dans une autre position, et alors le cadavre d'Ory s'est trouvé à sa droite; les honorables médecins lui ont adressé telles paroles et il leur a fait telles ou telles réponses. Quelle que soit la futilité de ces écrits, il les signe et les date avec le plus grand soin; il compte le nombre des lignes, l'exprime en chiffres d'abord, puis en toutes lettres, *ne varietur;* il remplit tous les blancs du papier de traits de plume, afin qu'on n'y puisse rien ajouter; non content d'avoir écrit lui-même, il fait encore copier ses écrits par d'autres prisonniers.

Parmi les diverses pièces écrites de sa main, une entre autres nous a frappés, c'est une dénonciation adressée au procureur du roi, portant la date du 9 juin 1839, et par conséquent antérieure de quatre mois aux faits de l'accusation; cette pièce témoigne de l'état mental de l'accusé, car loin d'exprimer aucun fait contre le sieur Lamoureux (servant de modèle aux artistes) qui est l'objet de la dénonciation, elle articule au contraire les voies de fait dont lui B... s'est rendu coupable envers ce Lamoureux. Quant aux griefs, ils sont exprimés vaguement et s'appliquent à plusieurs individus qui *depuis quatre ans l'ont constamment provoqué, injurié, calomnié, et qui cherchent à le perdre de réputation.*

Si nous arrivons au fait principal de l'accusation qui pèse sur B..., à l'effet de constater si le meurtre qu'il a commis est le résultat libre de sa volonté, ou s'il a été l'effet d'une aliénation mentale, nous éprouvons une grande difficulté; il n'est pas facile de saisir les différences entre un homme passionné et violent et un aliéné qui commet un acte de fureur. En effet, à la suite d'un grand nombre d'altercations, B... reçoit le congé de son logement; il ne l'accepte pas, et force est de lui signifier, par huissier, de vider les lieux. Cette formalité est pour lui comme non avenue, il n'en tient compte et continue d'occuper son logement; le chargé d'affaires du propriétaire en vient aux dernières extrémités, les meubles de B... sont déménagés en son absence et sont déposés dans la cour; B..., après son travail de la journée, rentre, reconnaît ses meubles, et, après quelques explications, après être allé chez le commissaire de police, sa colère n'ayant plus de bornes, il tire son couteau et frappe le malheureux portier.

Dans l'exposé simple de ce fait, la folie n'apparaît pas, il semble que B..., obéissant au ressentiment que lui inspire la mesure dont il est l'objet et à son caractère violent, ait agi par vengeance et qu'il doive encourir la responsabilité d'un acte criminel.

Mais si l'on se reporte aux antécédents, si on les compare avec les circonstances qui ont accompagné et suivi le meurtre commis par l'accusé, cet acte n'offre plus les mêmes caractères de criminalité, car en le commettant, B... ne jouissait pas de la li-

berté morale ; en effet, depuis quatre ans, B... se croit en butte à des persécutions imaginaires ; sans articuler aucun sujet de plaintes réelles, il est convaincu que plusieurs individus qu'il ne désigne pas ou qui ne vivent pas près de lui, cherchent à le déshonorer et à lui faire perdre son état. Dans cette disposition d'esprit, B... a de fréquentes altercations, tantôt sans motifs, tantôt sur les prétextes les plus frivoles, avec ses commensaux et ses voisins. Le 9 juin, B... va porter une dénonciation écrite au procureur du roi qui le renvoie à son commissaire de police. Ce commissaire n'attache aucune importance à des plaintes qui lui paraissent sans fondement. Néanmoins les tracasseries et les persécutions augmentent et apparaissent à l'imagination de l'accusé, comme le résultat de complots formés contre sa personne. Dès le mois d'août, B... porte sur lui un couteau toujours ouvert pour lequel il a fabriqué lui-même une gaîne. Le jour du meurtre, B... va remettre lui-même le prix de son loyer au chargé d'affaires du propriétaire, lui déclare qu'il n'accepte pas le congé qui lui a été signifié et qu'il continuera d'occuper sa chambre. Ses travaux terminés, vers six heures du soir, B. rentre, trouve ses meubles étalés dans la cour ; il va aussitôt chez le commissaire de police qui n'était pas chez lui. B... retourne à son domicile persuadé que l'absence du commissaire de police est un nouveau déni de justice. Il est dominé par cette conviction : le déménagement de ses meubles dans la cour est pour lui le résultat des persécutions et des injures contre lesquelles il lutte depuis si longtemps. Son imagination s'irrite et s'exalte, sa raison s'égare, et dans la vive altercation qu'il a avec le portier, son délire va jusqu'à la fureur, il saisit son couteau et frappe Ory.

Le meurtre accompli, B... cherche à s'évader ; mais son évasion en plein jour, et en présence de plusieurs témoins, est impossible ; il est bientôt saisi et recouvre aussitôt le calme et la tranquillité ; il persiste dans ses funestes convictions, il y persiste en présence du cadavre devant lequel on le confronte ; il y persiste devant les magistrats, après trente-cinq jours de secret ; il y persiste devant ses compagnons de prison et devant les experts commis pour apprécier son état mental.

D'après ces faits, l'acte commis par B... offre les caractères du délire ; l'on ne voit plus dans l'accusé qu'un aliéné qui dit froidement : *J'en suis bien fâché pour la victime, mais je n'y peux rien ; je n'ai pas eu l'intention de tuer Ory ; j'avais assez souvent averti, je n'ai rien à me reprocher ; on a voulu me faire passer pour fou, mais je préfère cent fois l'échafaud au moindre soupçon sur la pureté de ma conscience et sur l'intégrité de ma raison ; je ne suis point un assassin.*

Dans la dernière visite que nous fîmes à l'accusé, il se plaignit d'avoir été insulté la veille par un médecin, il ne voulut pas dire quelle insulte lui avait été faite ; l'infirmier nous rapporta que ce médecin, ayant causé la veille avec B..., lui avait dit que son affaire se terminerait par un ou deux ans de séjour à Bicêtre ; que sur ce propos, B... s'emporta ; l'un de nous soussignés fit observer à B... qu'il était préférable de passer pour fou que d'être coupable d'un assassinat. Aussitôt B... se retira sans mot dire, laissant le précieux paquet de papier qu'il porte constamment avec lui.

Mais B... ne dissimule-t-il pas le véritable état de sa raison ?

Comment croire que l'aliénation mentale est simulée, lorsqu'il est impossible, en quelque sorte, de la prendre sur le fait ; lorsqu'on ne peut en déduire l'existence que des antécédents, des circonstances qui ont accompagné et suivi le meurtre, et de la comparaison de ces antécédents avec ces mêmes circonstances ? Tout, chez B..., a l'apparence de la raison, jusqu'à sa folie elle-même. B... ne fait aucun acte extravagant ni déraisonnable ; il répond avec justesse et précision ; rien n'accuse en lui un délire général, et encore moins l'intention de le faire supposer.

Conclusions.—De cet exposé il résulte, que B... est atteint d'un délire partiel, d'une véritable monomanie, monomanie fréquemment observée dans le début de l'aliénation mentale, et qui consiste à jeter dans l'esprit des malades les soupçons les plus étranges sur ceux qui les entourent, sur leur amis, sur les personnes les plus chères et souvent sur des inconnus, sur des êtres imaginaires ; monomanie qui permet tantôt à un notaire de remplir ses fonctions habituelles, jusqu'au jour où il tire un coup de fusil au curé de sa paroisse, par lequel il se croit magnétisé ; monomanie qui permet à un cocher de cabriolet de place de continuer son métier, jusqu'au jour où il tire deux coups de pistolet sur un médecin qui lui a ordonné des bains froids dix ans auparavant ; monomanie qui a permis à B... de vivre de sa profession de porteur d'eau, tout en importunant ses voisins, le procureur du roi et son commissaire de police, jusqu'au jour où, sa raison égarée par ses convictions, et emporté par un mouvement de fureur, il a frappé Ory, *non pour lui donner la mort, mais pour paraître enfin devant ses juges et en obtenir justice.*

En conséquence, nous soussignés, pensons que l'accusé B... n'est pas moralement coupable de la mort d'Ory.

Fait à Paris, le 16 mars 1840.

ANNALES D'HYGIÈNE. — Octobre 1840.

Sur la nécessité de séquestrer de bonne heure, les aliénés dangereux ; par M. LEURET.

En démontrant par des exemples, malheureusement déjà très-nombreux, que l'aliénation mentale porte à l'homicide et à d'autres actes nuisibles à la société, et que l'on doit excuser les individus atteints de cette maladie, parce qu'ils ont agi sans liberté, les médecins ont éclairé l'administration de la justice, et soustrait à l'échafaud ou au bagne, des hommes que la loi a, par avance, déclarés innocents. C'est là un immense service rendu à l'humanité. Mais convient-il de s'arrêter à ce point ? N'y a-t-il rien de plus à faire ? et faudra-t-il continuer d'attendre, comme on le fait trop souvent, qu'un homicide ait été commis, pour rechercher les causes, et pour constater

que celui auquel il est attribué, n'est pas responsable de ses actions? Soustraire un aliéné aux châtiments que la loi inflige seulement à ceux qui ont agi en pleine liberté et avec connaissance de cause, est une œuvre bonne et juste; mais préserver la société des accidents et des malheurs dont les aliénés l'affligent si souvent, n'est pas une œuvre moins juste, et il ne me paraît pas que l'on s'en soit, jusqu'à présent, suffisamment occupé.

Il est assez rare qu'un aliéné, avant de commettre un homicide, ne prévienne pas ceux qui l'entourent des projets enfantés par son délire. Souvent, dans la croyance qu'on s'attache à le poursuivre, à le persécuter, il va lui-même dénoncer aux magistrats, ses prétendus ennemis, et prévenir que si on ne lui rend pas le repos, il se fera justice. Trop souvent, alors, on néglige et on oublie ces menaces, on éloigne comme un importun celui qui les profère, et l'on croit avoir tout fait, quand on s'en est ainsi débarrassé.

Mais l'aliéné que son délire obsède, et qu'un apparent déni de justice rend furieux, se croit bientôt placé dans le cas de légitime défense, et pour se venger, ne prend plus conseil que de lui-même. C'est alors, c'est après une tentative d'homicide, c'est quand il y a une ou plusieurs victimes, que l'on songe à recourir à des mesures de précautions et que l'on enferme l'aliéné. Est-ce donc là ce que la prudence, ce que la simple raison exigent? Pourquoi n'a-t-on pas arrêté et mis hors d'état de nuire, celui qui faisait des menaces? Ses plaintes n'étaient pas fondées, sans doute; ses griefs étaient chimériques, j'en conviens, mais ses idées de vengeance, ses pensées homicides étaient réelles, il fallait en prévenir les funestes résultats.

Deux motifs s'opposent à ce que l'on mette les aliénés dangereux hors d'état de nuire, aussitôt qu'on devrait le faire : ces motifs sont le peu de cas que l'on tient quelquefois de leurs discours, et un respect mal entendu de la liberté individuelle. Les discours des aliénés doivent toujours être pris en sérieuse considération, surtout ceux des monomaniaques qui, partant de principes erronés, mais qu'ils croient vrais, agissent en conséquence de ces principes. Quand un aliéné menace, tenez-vous en garde contre lui; il est souvent plus à craindre qu'un homme raisonnable, lors même que ce dernier aurait un motif légitime de colère ou de vengeance. Un homme passionné, mais raisonnable, se calmera par la réflexion; la prudence viendra à son aide et l'empêchera souvent de frapper ceux qu'il avait menacés. Le monomaniaque ne trouvera que rarement, dans son esprit, les mêmes secours. En butte à des persécutions imaginaires, victime de prétendus attentats dont il ne peut faire arrêter et punir les auteurs, il n'a pour se défendre que ses propres ressources; et comme le magistrat lui fait défaut, il a recours au poignard.

Le magistrat prévenu par un aliéné de la vengeance que celui-ci médite, hésite souvent à le faire enfermer. Et aujourd'hui, plus que jamais, la crainte d'être soupçonné coupable d'une détention arbitraire, arrête plus d'un officier public, dans l'accomplissement de ce devoir. Suivant le degré de connaissances qu'ils possèdent sur les caractères de l'aliénation mentale, les commissaires de police, les maires, et même des magistrats d'un ordre plus élevé, font enfermer ou laissent libres les aliénés qui délirent seulement sur quelques points, et dont le raisonnement est logique. Ceux qui croient que pour être fou, il faut déraisonner complétement et sur tout, quand on leur présente un monomaniaque, croiraient commettre un délit, s'ils ordonnaient qu'on le conduisît dans un hospice. D'autres, plus éclairés, mais pusillanimes, sont retenus par la pensée qu'on les accusera d'avoir, sans motif valable, fait enfermer un citoyen; et, négligeant d'user de l'autorité que la loi leur confie, ils exposent la société à des malheurs qui eussent pu être évités. Plusieurs faits assez récents prouvent, avec une triste évidence, combien ces réflexions sont fondées.

Premier fait.—Le sieur B... qui fait le sujet d'un rapport rédigé par MM. Esquirol et West (voyez p. 169 de ce cahier), avant de tuer son portier, avait plusieurs fois adressé à l'autorité judiciaire et administrative, des plaintes que l'on n'avait pas écoutées. Cet homme, ayant été, conformément aux conclusions de MM. les rapporteurs, conduit à l'hospice de Bicêtre, avait, parmi d'autres papiers, une histoire détaillée de ses actions et de ses pensées, avant et après l'homicide qu'il a commis. Cette histoire dont je l'ai débarrassé, parce que j'ai pour règle de ne jamais rien laisser à mes malades qui puisse entretenir leurs idées déraisonnables, porte en substance :

« Le 3 juin (environ cinq mois avant l'homicide), je vais au Grand-Parquet me livrer à la justice de M. le procureur du roi, de midi à une heure. — M. le procureur du roi, je viens me livrer aux pieds de votre justice. — Qui êtes-vous? — Je m'appelle B... Simon, porteur d'eau à la sangle, rue Mazarine, n° 74, faubourg Saint-Germain.—

M. le procureur du roi me répond : « Je ne reçois » aucune plainte si elle n'est pas portée par le com» missaire de police. » Je ne sais ce qu'il y a contre moi; dans le mois de janvier dernier je fus poursuivi par la police. J'avais mouchard devant, derrière, à droite, à gauche, même dans l'argent que je recevais. J'ai été chez le commissaire de police, on ne m'écoute pas.

« De ce pas, je vais chez le commissaire de police; je dis qu'il y avait quelque chose d'écrit au-dessous de mon nom. On me dit de m'en aller, que l'on enverra quelqu'un où je restais; j'attends environ une heure et demie; personne ne vient. Je me rends de nouveau au bureau de M. le commissaire de police, où l'on me dit : Vous avez chaud, vous avez la fièvre.

« Je rencontre M. le commissaire de police X..., je lui dis : Je ne sais ce qu'il y a contre moi; je fus traité, le 27 mai, d'assassin à la fontaine de l'Institut. Je ne puis plus gagner ma vie; je perds mon ouvrage tous les jours.

Après avoir fait ces démarches inutilement, B... reçut congé de son logement, mais se croyant signalé partout, comme assassin et voleur, il se persuada qu'il ne trouverait à se loger nulle part, dès lors ses idées fausses et ses hallucinations eurent pour objet principal le portier qui lui avait donné congé. Dans l'intention de se venger, il acheta un

poignard d'un marchand ambulant, il y fit une gaîne, puis, le tenant de sa main droite et en levant la pointe au ciel, il prononça ces paroles à voix basse :

« Poignard sacré, je suis déshonoré et ma famille à jamais; je me servirai de toi, réduit au dernier désespoir, pour venir devant la justice de première instance pour qu'on me dise ce que j'ai fait. »

Après cette invocation, il ajoute : « Je remets le poignard sacré dans sa gaîne, il reste ouvert après avoir réclamé la justice des autorités de première instance qu'ils m'ont refusée. »

Peu de temps après, B... mis à la porte de son logement et trouvant ses effets jetés au milieu de la cour, croyant qu'il ne trouverait à se loger nulle part, à cause des calomnies dont il accusait son portier de l'avoir noirci dans l'esprit de toute la ville, saisit son poignard et en frappa ce malheureux qui tomba mort sur le coup.

Si l'autorité à laquelle B... s'est adressé à différentes reprises avait tenu compte des plaintes de cet homme, si elle en avait compris le sens et la portée, en le faisant enfermer, elle l'eût empêché de devenir homicide.

Deuxième fait.—Un jeune villageois (1) des environs de Caen avait donné des signes nombreux de folie; entre autres actes que l'on connaissait de lui, on savait qu'il cherchait à effrayer les enfants, soit en les menaçant de les couper avec sa faulx, soit en les suspendant sur un puits, soit en *voulant* les faire manger par son cheval. Il conversait avec le diable et avec d'autres esprits invisibles; il se regardait comme ayant commis un crime, s'il avait touché sa mère ou ses sœurs, etc. Tous ces actes étaient publics; personne n'ignorait et ne pouvait ignorer que ce jeune homme était fou, et qu'il était fou dangereux. On le laissait néanmoins en liberté. Il a tué sa mère, sa sœur et son jeune frère!

Mis en jugement, on l'a condamné à mort; mais sur les instances de plusieurs médecins, parmi lesquels se trouvait notre à jamais regrettable collègue, M. Marc, on lui a fait grâce de la vie.

Troisième fait. — D... avait, dans maintes circonstances, agi et parlé comme un fou (2). Croyant qu'on lui avait enlevé sa femme et ses enfants, il était allé se plaindre au commissaire de police qui l'avait renvoyé en le traitant de fou; il s'était rendu au parquet du procureur du roi sans avoir pu être admis auprès de ce magistrat; voyant ses démarches inutiles, il s'était adressé au préfet de police, puis aux ministères et au roi, sans jamais avoir réussi à se faire lire ou écouter, lorsque enfin poussé au désespoir et ne comptant plus sur la justice des hommes, il se rendit au domicile d'un homme chez lequel il savait que sa femme était allée demeurer; il rencontra ce magistrat et lui fit, avec un poinçon, des blessures très-nombreuses sur la poitrine.

Arrêté et mis en prison, D.... a été l'objet d'une enquête dans laquelle mon confrère M. Ollivier (d'Angers) et moi nous avons établi sur des preuves nombreuses et irrécusables, que D... était atteint d'aliénation mentale et qu'il ne devait, par conséquent, pas porter la peine de sa tentative d'homicide. Conformément à ces conclusions, le ministère public s'est désisté de toutes poursuites contre D.... qui a été envoyé à Bicêtre et placé avec les aliénés.

Ces trois faits, auxquels, s'il en était besoin, j'en pourrais ajouter beaucoup d'autres, démontrent que, dans l'intérêt de la sécurité publique, il importe de se tenir en garde plus qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, contre les aliénés qui profèrent des menaces et qui parlent de se venger. Ces menaces se réalisent trop souvent pour que le magistrat qui les entend, puisse les négliger à l'avenir. De l'indulgence, en pareil cas, serait une faiblesse également préjudiciable à la société et aux individus qui en seraient l'objet.

L'observation qui suit ne donne pas lieu à des réflexions moins graves que les précédentes; elle est ainsi racontée dans *la Gazette des Tribunaux*, en date du 15 décembre 1838 :

Quatrième fait. — « On amène sur les bancs de la cour d'assises un individu couvert de haillons, et dont l'attitude, la physionomie, les yeux hagards, semblent dénoter un de ces infortunés privés de la raison. La cour entre en séance, et quand, après le tirage du jury, M. le président adresse à l'accusé les questions d'usage et lui ordonne d'ôter le bonnet qui couvre sa tête, cet homme murmure entre ses dents : « Tiens... c'est drôle; c'est donc ici comme à la messe. »

« La lecture de l'acte d'accusation fait connaître la nature des poursuites dirigées contre ce malheureux.

« Le 15 juillet 1838, Philibert B... rencontra sur la route de Saint-Bonnet-de-Joux aux Bruyères, le jeune Nicolas Vezant, âgé de 5 ans; il l'entraîna en lui proposant de lui indiquer des nids d'oiseaux au milieu d'un bois qui joignait la route. A peine y furent-ils arrivés que B... s'armant d'un couteau qu'il avait sur lui, saisit le pauvre enfant, le renversa, et, cherchant à le rendre victime d'une horrible mutilation, il lui fit deux profondes blessures. Lorsque de la plaie béante ce furieux vit le sang couler avec abondance, lorsqu'il dut croire la mutilation complète, saisissant un bâton, il en porta sur la tête de l'enfant des coups violents et répétés jusqu'à ce que l'infortuné ne donnât plus aucun signe de vie, et qu'il l'eût laissé pour mort sur la place, couvert de sang, dans un état horrible de souffrance.

« Nicolas Vezant parvint cependant à se traîner jusqu'au fossé de la route, et bientôt après il y fut recueilli par son père et par deux autres personnes, justement épouvantées d'un pareil spectacle. Toutefois, la mutilation n'avait été que partielle, mais, d'après les déclarations des médecins, elle était irrémédiable. Les blessures faites à la tête présentaient de graves dangers; elles n'eurent heureusement pas les suites funestes qu'on avait redoutées.

« Les personnes qui accompagnaient Vezant père avaient continué leur route et n'avaient pas tardé à rencontrer Philibert B... encore armé du bâton et du couteau dont il venait de faire un si cruel usage. Il ne chercha point à le nier, il raconta avec détail

(1) Voyez Annales d'hygiène et de médecine légale, t. XV, p. 190.

(2) Op. cit., t. XXII, p. 448.

tout ce qu'il avait fait, ajoutant, pour pallier son crime, qu'il ne pouvait voir un jeune enfant sans être entraîné, par un désir dont il n'était pas maître, à exercer sur eux des violences semblables.

« Il est vrai qu'en 1835, B..., qui s'était livré sur des enfants à des mutilations pareilles, fut, à raison de ces faits, interdit par le tribunal de Charolles. Cet homme, âgé de 27 ans, atteint d'épilepsie, semble ne pas avoir constamment joui de l'intégrité de sa raison. Néanmoins, ses précautions pour commettre le crime et en assurer l'impunité, la terreur que lui inspire la peine qui le menace, l'ensemble de ses réponses, le sentiment qui les dicte, attestent qu'il a conservé la conscience de ses actions, et qu'il a su calculer les conséquences de la grave responsabilité qu'il attirait sur sa tête.

« M. Lerouge, substitut, complète l'exposé des faits par la lecture d'un double rapport de M. Pezerat, docteur-médecin à Charolles, sur la gravité des blessures faites au jeune Vezant et sur l'état mental de B...; ce dernier rapport, plein d'observations lumineuses et profondes, est écouté avec la plus religieuse attention.

« M. Pezerat a trouvé chez l'accusé, une mémoire parfois étonnante, une assez grande rectitude d'idées sur tout ce qui s'écarte de l'objet de la prévention ; ses actes habituels prouvent qu'il a la conscience du bien et du mal ; cependant, entraîné par la nature de l'action imputée à B..., par un défaut absolu d'intérêt à commettre un crime aussi horrible, il n'hésite pas à le regarder comme atteint d'une monomanie sans exemple peut-être jusqu'à ce jour, mais sous l'empire irrésistible de laquelle il se trouvait, au moment du double attentat commis sur le jeune Vezant. Le rapport fait connaître qu'un jour l'accusé a tenté sur lui-même, mais sans succès, la mutilation.

« L'interrogatoire subi par B..... vient prouver, tout ce qu'ont de fondé les observations du docteur Pezerat. Ainsi B.... s'explique avec clarté sur son âge, sur sa position, sur celle de sa mère ; il décrit la position et les alentours de la misérable cabane qu'ils habitent; il sait qu'il a fait mal à l'enfant ; il se rappelle qu'au moment de son arrestation, le maire de Saint-Bonnet-de-Joux a tenu ce propos : « Mais que peut-on lui faire? les juges de Charolles ont prononcé son interdiction ; on ne peut pas le détruire. »

« Plus spécialement interpellé sur les causes de son crime, il garde un moment le silence ; mais un hideux sourire paraît sur ses lèvres : « Je l'ai fait, de vrai..., je n'en ai point de regrets. On me mettrait en liberté, que je ne pourrais, la guillotine fût-elle là, m'empêcher de recommencer ! A la vue d'un petit garçon, ajoute-t-il peu d'instants après, le sang me farfouille le ventre, me remonte à la tête... »

« D. Mais pourquoi, après avoir mutilé ce malheureux enfant, lui avoir encore donné des coups de bâton sur la tête? — R. Pour qu'il ne dît pas que c'était moi... pour avoir le temps d'aller jusqu'à l'étang.

« D. Et que vouliez-vous faire près de cet étang? — Me jeter dedans, et l'eau aurait fait de moi ce qu'elle aurait voulu.

« Malgré les questions réitérées qui lui sont faites sur le motif de son action, B... ne veut pas ou ne peut pas expliquer ce qui plusieurs fois l'a porté à mutiler de pauvres enfants.

« Serait-ce, comme le laisse entrevoir le rapport de M. Pezerat, une idée presque incompréhensible de jalousie? B..., atteint du mal caduc, a toujours été repoussé par les femmes comme un objet d'horreur ; est-il donc dominé par cette pensée qu'il rendra les autres aussi malheureux que lui? Mais comment concilier cette préoccupation avec une tentative de mutilation exercée sur lui-même?

« M. le substitut Lerouge soutient l'accusation. Les précautions prises par B... pour entraîner Nicolas Vezant dans un lieu écarté, les motifs qui l'ont porté à frapper sa victime après la perpétration d'un premier attentat ; la manière dont il rend compte de ses actions, tout, jusqu'à l'idée du suicide pour se mettre à couvert du châtiment qu'il sait avoir mérité et qu'il redoute, concourt à établir une volonté criminelle, et par suite une culpabilité morale.

« Me Chandelux, avocat, soutient le système contraire. Il pense que la démence, la monomanie de l'accusé, juridiquement établies par son interdiction, sont trop bien constatées pour qu'on puisse le déclarer coupable d'un acte auquel on rechercherait vainement une cause ou un intérêt rationnels, d'un acte qui ne prend pas même sa source dans une de ces passions qui pervertissent, mais qui n'enlèvent pas la raison. Une peine prononcée contre B... reproduirait en quelque sorte ce jugement burlesque du moyen âge par lequel un animal immonde fut gravement condamné à mort pour avoir dévoré un enfant.

« Pendant la délibération du jury, l'accusé a donné de nouvelles preuves de sa folie ; et un docteur, qui étudiait ce véritable phénomène en matière de monomanie, ayant fait approcher de lui un tout jeune enfant, les traits de B..... éprouvèrent une contraction indéfinissable : c'était à la fois une expression de plaisir et de férocité.

« Toutefois les prévisions de la défense ont été trompées. Le jury s'est prononcé affirmativement sur toutes les questions qui lui avaient été posées, mais en reconnaissant l'existence de circonstances atténuantes ; en conséquence B... a été condamné à vingt années de travaux forcés.

« Ce résultat a paru étonner quelques personnes ; mais on croit savoir que le motif déterminant du verdict a été la crainte qu'ont éprouvé les jurés de voir l'administration rendre B... à la liberté, comme elle l'a fait une première fois, après une épreuve insuffisante. On a, au reste, la certitude que le condamné ne sera point conduit au bagne, et que le ministère public s'entendra avec l'autorité administrative, pour le placer dans un hospice d'aliénés. Au reste, de semblables faits démontrent la nécessité, pour les autorités locales, de tenir la main à la loi récemment faite sur les aliénés. L'inexécution de cette loi a déjà causé bien des malheurs. »

Si quelque chose doit étonner dans ce récit, c'est moins l'étrangeté du délire de Philibert B... que l'imprévoyance de l'autorité administrative, qui laisse en liberté un homme dont l'interdiction a été pro-

noncée trois ans auparavant, pour cause de mutilation exercée sur autrui et sujet à des attaques épileptiques. Dans de pareilles circonstances que devait faire le jury? Ce qu'il a fait, ce qu'il fera toujours quand les conséquences de son verdict lui paraîtront dangereuses pour la société.

C'est donc à l'autorité, et particulièrement aux préfets, à ne pas laisser en liberté, et sans une tutelle convenablement exercée, les aliénés dangereux; la loi sur les aliénés dit en effet :

« Art. 18. A Paris le préfet de police, dans les départements les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

« Art. 20... Dans le premier mois de chaque semestre, un rapport sera rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

« Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie.

« Art. 21. A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra décerner un ordre spécial à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement. »

La loi est donc précise, elle est trop récente pour qu'on l'ait oubliée, elle est juste, et il est du devoir des magistrats de veiller à son exécution.

IBIDEM.

Document officiel propre à éclairer la question relative aux revaccinations; par M. VILLENEUVE.

Nous publions le tableau des vaccinations, des revaccinations et des cas de variole après vaccine constatée, dressé d'après les renseignements fournis sur ce sujet, par quarante et un de nos départements. Ce tableau est dû à M. Villeneuve, rapporteur de la commission de vaccine, chargé par l'Académie royale de Médecine de Paris, d'examiner les rapports officiels transmis à cette compagnie par le ministre de l'intérieur, dans le but de savoir s'il y a lieu ou non de pratiquer des revaccinations. M. Villeneuve a eu la sage précaution de déclarer que les données auxquelles il est parvenu ne lui semblent pas suffisantes pour résoudre la question posée par le ministre; néanmoins, ces données sont trop importantes pour rester ignorées du public qui attend avec une véritable inquiétude, le résultat des recherches entreprises par l'Académie.

Digitized by Google

Résultat dans les quarante et un Départements suivants :

1° de 30,413 *Vaccinations*.—2° de 2,199 *Revaccinations*.—3° de 365 *Varioles après vaccines* (1).

DÉPARTEMENTS.	VACCINATIONS pratiquées.			REVACCINATIONS après vaccine constatée.			VARIOLE après vaccine constatée.		OBSERVATIONS.
	Nombre.	Succès.	Insuccès.	Nombre.	Succès.	Insuccès.	Nombre.	Morts.	
Aisne.	292	257	35	72	12	60	13	»	
Alpes (Basses).	»	»	»	9	2	7	»	»	
Ardèche.	»	»	»	»	»	»	1	»	
Ardennes.	»	»	»	1	»	1	»	»	
Ariége.	»	»	»	43	1	42	»	»	
Aveyron.	»	»	»	110	10	100	»	»	Revaccination faite avec le nouveau virus.— Un des sujets avait déjà été revacciné avec succès.
Calvados.	223	212	11	2	»	2	»	»	
Charente.	»	»	»	3	1	2	»	»	
Charente-Inférieure.	»	»	»	12	7	5	3	»	
Corse.	»	»	»	»	»	»	14	»	
Dordogne.	»	»	»	400	»	400	»	»	
Eure.	»	»	»	[illegible]	2	6	»	»	1er *Cas*. Le virus a été inoculé à d'autres avec succès,—2e *Cas*. Le résultat est dû au nouveau virus; l'ancien avait échoué trois fois.
Gers.	»	»	»	66	4	62	»	»	
Hérault.	124	113	11	10	2*	8	61	3	* Le virus d'un de ces revaccinés a été inoculé avec succès.
Ile-et-Vilaine.	1,473	1,392	81	»	»	»	»	»	
Indre.	»	»	»	361	2	359	1	»	Le virus d'un de ces revaccinés a été inoculé avec succès.
Indre-et-Loire.	»	»	»	54	13	41	»	»	Le virus de deux de ces revaccinés a été inoculé avec succès.
Jura.	»	»	»	2	1	1	»	»	Le virus a été inoculé avec succès.
Landes.	176	166	10	»	»	»	»	»	
Loir-et-Cher.	»	»	»	16	1	15	7	»	Le virus a été inoculé avec succès.
Loire (Haute).	»	»	»	»	»	»	3	»	
Loiret.	131	116	15	»	»	»	»	»	
Lot-et-Garonne.	»	»	»	»	»	»	1	»	
Manche.	»	»	»	88	22*	66	14	»	* Le virus de deux de ces sujets a été inoculé avec succès.
Marne (Haute).	»	»	»	»	»	»	1	»	
Meurthe.	»	»	»	33	1	32	»	»	
Nord.	23,596	23,324	272	»	»	»	»	»	
Pas-de-Calais.	53	51	2	41	6	35	20	»	
Puy-de-Dôme.	1,258	1,241	17*	188	83	105	23	»	* Neuf de ces sujets avaient déjà été vaccinés sans succès.
Pyrénées (Basses).	»	»	»	101	6	95	»	»	
Pyrénées-Orientales.	517	508	9	364	»	364	»	»	
Saône (Haute).	»	»	»	»	»	»	1	»	
Sarthe.	»	»	»	»	»	»	3	»	
Seine-Inférieure.	»	»	»	»	»	»	1	1	
Seine-et-Marne.	60	59	1	»	»	»	20	»	
Sèvres (Deux).	528	505	23	»	»	»	»	»	
Tarn.	583	579	4	71	5*	66	9**	1	* Le virus d'un de ces sujets a été inoculé avec succès. — ** Un de ces cas a eu lieu après revaccination.
Tarn-et-Garonne.	1,399	1,330	69	141	39*	102	146	»	* Le virus de deux de ces sujets fut inoculé avec succès.—Celui de trois autres n'eut aucun résultat.
Var.	»	»	»	2	2	»	20	»	
Vaucluse.	»	»	»	»	»	»	3	1	Le virus a été inoculé avec succès.
Vendée.	»	»	»	1	1	»	»	»	
Total.	30,413	29,853	560	2,199	223	1,976	365	5	

(1) Il n'a été porté sur ce tableau que : — 1° Les chiffres fournis par les vaccinateurs qui ont mentionné leurs *insuccès* comme leurs succès. — 2° Les résultats des revaccinations opérées après les vaccinations bien constatées ; tout cas des unes ou des autres, énoncé comme douteux, a été écarté.—3° Les cas de varioles bien constatées survenues après vaccinations suivies de succès ; tout cas douteux des unes et des autres a été écarté.

Il résulte de ce tableau :

1° Que la proportion des cas où la vaccine ne réussit pas, comparée à celle où elle réussit, évaluée par les uns au 8e, par d'autres au 10e serait seulement : 1 : : 84 1/3.

2° Que sur 2,199 revaccinations pratiquées chez des individus d'âge et de sexes différents, et vaccinés avec succès depuis un temps plus ou moins long, il y aurait eu 223 réussites; ce qui donnerait la proportion d'un succès sur 13 à 14 tentatives.

3° Que sur 365 cas de varioles confirmées, survenues après vaccines constatées et pratiquées depuis plus ou moins de temps, il y aurait eu 8 décès; c'est-à-dire un mort sur 45 à 46 malades.

On sait que la variole sporadique enlève d'un 8e à un 10e de ceux qui en sont atteints; et que si elle est épidémique, il en succombe quelquefois le quart et même plus.

Quoi qu'il en soit des chiffres et des proportions mentionnés plus haut, on ne peut les donner que comme de simples aperçus; les documents que les ont fournis n'étant ni assez nombreux, ni assez authentiques pour qu'il en résulte une statistique parfaitement établie.

IBIDEM.

Sur l'empoisonnement par les sels de cuivre; lu à l'Académie royale de médecine.

(Suite et fin. V. le cahier précédent, octobre 1840, p. 77.)

Sulfate de cuivre.

Vingt et unième expérience. — On lie l'œsophage d'un petit chien robuste à qui l'on vient de faire prendre 60 centigrammes de sulfate de cuivre dissous dans 100 grammes d'eau. L'animal meurt au bout de 12 heures et *n'est ouvert que 83 heures après la mort*. La membrane muqueuse de l'estomac est fortement enflammée, et l'on n'aperçoit à l'extérieur de ce viscère ni sur les autres organes abdominaux aucune coloration verte qui puisse faire penser que le sulfate de cuivre a transsudé; du reste la majeure partie de la dissolution cuivreuse est encore dans l'estomac. On fait bouillir dans l'eau destillée pendant 6 heures, le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* et le *cœur* et l'on soumet le *décoctum* ainsi que les viscères qui ont subi cette ébullition à la carbonisation par l'acide azotique et aux autres traitements si souvent indiqués, et l'on ne tarde *pas à en retirer le cuivre*, soit à l'aide d'une lame de fer, soit par le moyen du gaz acide sulfhydrique.

Vingt-deuxième expérience. — On introduit dans l'estomac d'un petit chien 2 grammes 80 centigrammes de sulfate de cuivre dissous dans 100 grammes d'eau, et on lie l'œsophage. L'animal succombe au bout d'une heure cinq minutes et est *ouvert à l'instant même*. On enlève immédiatement le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* et le *cœur*, sans percer le canal digestif. Celui-ci n'offre aucune coloration bleue à l'extérieur; la membrane muqueuse de l'estomac est d'un rouge vif.

Soumis à l'action de l'eau bouillante pendant 6 heures, les 5 viscères précités donnent un *décoctum* qui, étant filtré, desséché, carbonisé par l'acide azotique concentré, etc., fournit une proportion notable de cuivre.

L'*urine* trouvée dans la vessie (130 grammes) ne paraît pas renfermer le moindre atome de sel cuivreux.

Vingt-troisième expérience. — On applique sur le tissu cellulaire sous-cutané du col d'un chien robuste et de moyenne taille, 4 grammes de sulfate de cuivre cristallisé et réduit en poudre fine; on réunit les bords de la plaie à l'aide de quelques points de suture. L'animal meurt au bout de 25 heures et *n'est ouvert que le surlendemain*. La couche musculaire qui est immédiatement au-dessous de celle qui était en contact avec le sel est *bleue* comme si ce sel eût été appliqué sur elle.

Le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* et le *cœur* soumis ensemble à l'action de l'eau bouillante pendant 6 heures, ont fourni un *décoctum* d'où l'on a extrait *du cuivre* par le procédé de la carbonisation déjà décrit; on en a également retiré de ces viscères épuisés par l'eau bouillante, desséchés et carbonisés de même.

L'*urine* contenue dans la vessie (environ 36 gr.) s'est comportée avec les agents précités de manière à ce qu'il nous soit seulement permis d'élever *quelques probabilités* en faveur de l'existence dans ce liquide d'une portion infiniment petite d'un sel cuivreux.

Conclusion.

Ces expériences prouvent qu'en traitant par *l'eau bouillante* le *foie*, la *rate*, les *reins*, les *poumons* et le *cœur* des chiens empoisonnés par l'acétate ou par le sulfate de cuivre introduits dans l'estomac ou appliqués sur le tissu cellulaire sous-cutané, on en sépare du cuivre, soit que l'on procède à l'analyse quelque temps après la mort, soit que l'on tue les animaux et que l'on agisse sur ces organes retirés à l'instant même des cavités où ils sont contenus.

—

Digitized by Google

§ II.

Le cuivre obtenu dans les expériences précédentes n'est pas celui qui existe naturellement dans le corps de ces animaux.

Cuivre normal. Vauquelin paraît être le premier chimiste qui ait trouvé le cuivre dans le sang incinéré; mais comme il s'était servi d'un vase de ce métal pour faire ses expériences, il crut, à tort, que le cuivre provenait du vase et non du sang. En 1830, M. Sarzeau publia, dans le *Journal de pharmacie*, tome XII, p. 505, un travail sur la présence du cuivre dans les végétaux et dans le *sang ;* toutefois, il est vrai de dire que, bien avant M. Sarzeau, Gahn, Meissner et Vauquelin avaient déjà retiré du cuivre de certains végétaux. En 1832, M. Perreti annonça l'existence du cuivre dans les vins. Un an après, M. Boutigny retirait ce métal du blé et d'un grand nombre de substances. En 1837, M. Bouchardat le trouvait dans les moules; enfin MM. Devergie et Hervy découvrirent ce métal en 1838 dans les cendres de plusieurs organes de l'économie animale, provenant d'hommes ou de femmes de divers âges, ayant péri soit de mort subite, soit de suspension; ils constatèrent même sa présence chez un enfant nouveau-né à terme.

Il s'agit de démontrer dans ce paragraphe qu'il *sera toujours facile de reconnaître* si le cuivre, retiré du canal digestif ou de tout autre viscère d'un animal est le cuivre *normal* ou celui qui provient d'un *empoisonnement*. Les expériences suivantes ne laisseront aucun doute à cet égard.

Vingt-quatrième expérience. — J'ai fait bouillir dans une capsule de porcelaine, pendant six heures, avec de l'eau distillée et 8 gouttes d'acide azotique concentré, la *rate*, le *foie*, les *reins*, le *cœur* et les *poumons* d'un chien qui venait d'être pendu. Le *décoctum* passé à travers un linge, carbonisé par l'acide azotique concentré, après avoir été évaporé a laissé un charbon que l'on a fait bouillir à plusieurs reprises avec de l'eau régale; les liqueurs réunies et évaporées jusqu'à siccité ont fourni un produit jaunâtre, qui étant touché par le cyanure de potassium et de fer, ne se colorait pas en rouge brun et ne donnait point de cuivre avec une lame de fer.

Les viscères, ayant bouilli pendant 6 heures dans l'eau distillée, sont desséchés et carbonisés par l'acide azotique concentré; le charbon traité par l'eau régale à chaud, fournit un liquide brunâtre que l'on filtre et que l'on continue à faire bouillir avec de l'eau régale, jusqu'à ce qu'il soit devenu jaunâtre; alors on l'évapore; le produit desséché ne donne que du bleu de Prusse, quand on le touche avec du cyanure jaune de potassium et de fer; on le dissout dans l'acide chlorhydrique faible et on le fait bouillir avec un excès d'ammoniaque, pour séparer le sesqui-oxide de fer; on filtre, et la liqueur limpide est desséchée par une évaporation lente; le produit solide ne se colore ni en *bleu* ni en *rouge brun* par le cyanure, et ne donne point de cuivre avec une lame de fer.

L'estomac et les intestins de cet animal, après avoir bouilli pendant 6 heures dans l'eau légèrement acidulée par l'acide azotique, donnent un *décoctum* et une masse solide. On agit séparément sur ces deux produits comme on l'avait fait sur ceux qui provenaient du *foie*, de la *rate*, des *reins*, des *poumons* et du *cœur*, et l'on obtient les mêmes résultats.

Vingt-cinquième expérience. — On fait bouillir, pendant 6 heures, avec de l'eau distillée, 212 grammes de sang extrait du cœur et des gros vaisseaux d'un chien que l'on venait de prendre. Le *décoctum* filtré, évaporé jusqu'à siccité et carbonisé par l'acide azotique concentré, laisse un charbon que l'on fait bouillir pendant une demi-heure avec d'acide chlorhydrique concentré et quelques gouttes d'acide azotique; on filtre et on évapore la liqueur jusqu'à siccité, le produit est traité à chaud par de l'eau légèrement acidulée avec de l'acide sulfurique; la liqueur filtrée mise en contact avec une lame de fer parfaitement décapée, ne dépose point de cuivre, même au bout de 3 jours. Le sang coagulé, après avoir bouilli pendant 6 heures dans l'eau, est desséché et carbonisé par l'acide azotique concentré, et le charbon est soumis comme le précédent à l'action des acides chlorhydrique et azotique et de l'eau acidulée; la liqueur filtrée, ne laisse découvrir aucune trace de cuivre sur une lame de fer, même au bout de 3 jours.

Le *canal digestif*, le *foie*, la *rate*, les *reins*, le *cœur* et les *poumons* de cet animal, après avoir été coupés en petits morceaux, sont traités ensemble pendant 6 heures par l'eau distillée bouillante. Le *décoctum*, filtré, évaporé jusqu'à siccité et carbonisé par l'acide azotique donne un charbon que l'on fait bouillir avec de l'acide chlorhydrique et quelques gouttes d'acide azotique, et que l'on soumet ensuite, comme il vient d'être dit, à l'action de l'eau acidulée. La liqueur filtrée ne dépose pas un atome de cuivre sur une lame de fer, même au bout de 3 jours.

Ces viscères, ainsi épuisés par l'eau bouillante, sont desséchés et carbonisés à leur tour par l'acide azotique concentré; le charbon, traité comme le précédent, donne un liquide dans lequel on plonge une lame de fer parfaitement décapée. Au bout de trois jours, on ne remarque aucun enduit cuivreux sur le fer.

On réunit les diverses liqueurs dans lesquelles on

n'a pas pu décéler le cuivre ; on les évapore jusqu'à siccité, et on fait bouillir le produit pendant un quart d'heure avec 16 grammes d'eau légèrement acidulée par l'acide sulfurique ; la liqueur filtrée et très-concentrée ne donne point de cuivre, même après avoir été en contact avec une lame de fer pendant 2 jours.

Les *quatre charbons*, provenant des matières carbonisées dans cette expérience, sont traités de nouveau ensemble par le mélange acide et aqueux dont il a été parlé ; la liqueur ne contient pas plus de cuivre que les précédentes. On lave ces charbons avec de l'eau distillée jusqu'à ce que les eaux de lavage ne soient plus acides ; on les dessèche et on les incinères à une chaleur rouge dans un creuset de porcelaine. La cendre, traitée d'abord par l'eau distillée à chaud, est soumise à l'ébullition avec de l'acide chlorhydrique concentré pendant 20 minutes ; la liqueur filtrée et étendue d'eau est traversée par un courant de gaz acide sulfhydrique qui la trouble et y fait naître un précipité brun noirâtre, qui, étant lavé, séché et chauffé dans une petite capsule de porcelaine avec de l'acide azotique faible, se dissout en laissant des flocons de soufre. Le *solutum*, filtré et traité par un excès d'ammoniaque, donne du *nitrate de cuivre* ammoniacal bleu ; on chasse l'excès d'ammoniaque en faisant bouillir, et l'on sépare du cuivre métallique en plongeant une lame de fer dans la liqueur.

Vingt-sixième expérience. — Le *foie*, la *rate*, les *reins*, le *canal digestif*, les *poumons* et le *cœur* réunis du cadavre d'un adulte mort la veille, ayant bouilli pendant 6 heures avec de l'eau distillée, ont fourni un décoctum que l'on a filtré, desséché et carbonisé par l'acide azotique concentré. Le charbon soumis pendant une heure à l'action de l'acide chlorhydrique bouillant mêlé de quelques gouttes d'acide azotique, a donné une liqueur brune que l'on a filtrée et décolorée en la faisant bouillir avec une suffisante quantité d'eau régale ; cette liqueur, évaporée jusqu'à siccité pour la priver de la majeure partie de l'acide qu'elle renfermait, a été dissoute dans 100 grammes d'eau distillée, acidulée par quelques gouttes d'acide chlorhydrique et filtrée de nouveau. Une lame de fer plongée dans une partie de cette dissolution incolore *n'a donné aucune trace de cuivre* même au bout de 24 heures ; l'autre partie de la dissolution soumise à un courant de gaz acide sulfhydrique *lavé*, n'a *point fourni de sulfure de cuivre.*

Les viscères qui avaient bouilli pendant six heures avec de l'eau, ayant été desséchés et carbonisés par l'acide azotique concentré ont donné un charbon que l'on a fait bouillir pendant une heure avec de l'acide chlorhydrique concentré, mélangé d'un vingtième de son poids d'acide azotique ; la liqueur filtrée d'un brun noirâtre a été décolorée par une suffisante quantité d'eau régale bouillante, puis évaporée à siccité, le produit de cette évaporation dissous dans l'eau légèrement acidulée par l'acide chlorhydrique a fourni un liquide incolore dont une partie a été soumise à une lame de fer parfaitement décapée et l'autre à un courant de gaz acide sulfhydrique lavé ; *j'ai à peine obtenu quelques atomes de cuivre*. Le charbon lavé, incinéré et traité par l'acide chlorhydrique m'en a fourni une quantité beaucoup plus sensible.

Vingt-septième expérience. — La même expérience répétée avec les viscères précités, extraits du cadavre d'une femme âgée de 60 ans, qui était restée à l'hôpital Necker pendant un mois et qui n'avait pris aucun médicament cuivreux ni saturnin, a fourni les mêmes résultats.

Vingt-huitième expérience. — J'ai fait bouillir pendant 6 heures dans l'eau distillée le *canal digestif*, le *foie*, la *rate*, les *reins*, le *cœur* et les *poumons* d'un adulte qui avait succombé la veille à une attaque d'apoplexie. Le *décoctum* filtré a été partagé en deux parties A et B. La portion A évaporée jusqu'à siccité, carbonisée par l'acide azotique et traitée ultérieurement comme il vient d'être dit, n'a point donné de cuivre. La portion B, après avoir été mêlée avec une suffisante quantité d'azotate de potasse cristallisé a été évaporée jusqu'à siccité ; le produit, brûlé par petites parties dans un creuset de porcelaine essayé qui n'avait point encore servi et traitée comme je l'ai déjà indiqué (V. expérience quinzième), n'en a pas fourni davantage. Les viscères épuisés par l'eau bouillante après avoir été carbonisés par l'acide azotique concentré, ont laissé un charbon dont j'ai retiré des traces de cuivre à l'aide de l'acide chlorhydrique, de l'eau régale, du gaz acide sulfhydrique et d'une lame de fer.

Le charbon restant m'a donné une quantité sensible de cuivre dès qu'il a été incinéré et que les cendres ont été traitées par l'eau, puis par l'acide chlorhydrique bouillant et par le gaz sulfhydrique.

Vingt-neuvième expérience. — Je crois devoir faire observer qu'il m'est arrivé deux fois en soumettant à l'action des réactifs précités le *décoctum aqueux* obtenu en faisant bouillir pendant 6 heures avec de *l'eau distillée*, le canal digestif et les autres viscères de deux cadavres provenant d'individus *non empoisonnés*, d'obtenir une quantité notable de cuivre métallique, par le procédé de la carbonisation ; mais je me suis assuré que l'acide azotique avec lequel j'avais opéré *contenait un sel de cuivre*, et que par conséquent le métal séparé n'était pas le cuivre normal. Je rapporte ce fait pour mettre les experts en garde et pour leur faire sentir la nécessité de n'employer dans ces sortes

Digitized by Google

de recherches que de l'acide azotique distillé sur du nitrate d'argent.

Conclusions.

1° En faisant bouillir pendant 6 heures avec de l'eau distillée les viscères de l'homme et des chiens, à l'état normal, et en carbonisant par l'acide azotique pur le *décoctum* filtré, desséché, etc., on n'obtient pas la plus légère trace de cuivre *à l'aide d'une lame de fer parfaitement décapée.* On dissout au contraire un composé cuivreux, dont on peut retirer le métal par la lame de fer, en soumettant au même traitement les viscères des chiens empoisonnés par un sel de cuivre. Il y a plus, on sépare le cuivre en agissant sur ces mêmes viscères avec de l'*eau froide*, si les animaux ne sont ouverts que 30 ou 40 heures après la mort et que l'eau ait été laissée en contact avec les organes pendant un jour ou deux; d'où il suit *que le métal extrait par moi à l'aide de l'eau dans les expériences* 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 16°, 17°, 18°, 19°, 20°, 21°, 22°, 23°, *n'était point le cuivre normal.*

2° L'eau, même bouillante, ne dissout pas la totalité du composé cuivreux, que l'intoxication fait arriver jusqu'aux viscères, car, après avoir épuisé ceux-ci par de l'eau à 100°, on peut encore obtenir une quantité notable de cuivre, si on les dessèche et qu'on les carbonise par l'acide azotique pur, tandis que les viscères des *chiens non empoisonnés*, épuisés par l'eau, desséchés, carbonisés et traités de même, ne m'ont jamais fourni la plus légère trace de cuivre par la lame de fer.

3° Le *foie*, la *rate*, les *reins*, le *canal digestif*, les *poumons* et le *cœur* de l'homme, réunis, épuisés par l'eau bouillante, desséchés et carbonisés comme il vient d'être dit, donnent au contraire une *très-petite quantité du cuivre normal* qu'ils renferment; mais la majeure partie de ce métal reste dans le charbon et ne peut être obtenu que par l'incinération. La différence que présentent à cet égard les viscères de l'homme et des chiens, tient, sans aucun doute, à ce que les organes du premier, d'un volume et d'un poids dix fois au moins aussi considérable que ceux des chiens, cèdent aux agents chimiques plus de cuivre que les organes de ces animaux, et que la proportion cédée par les viscères des chiens est trop faible pour pouvoir être décelée par la lame de fer.

§ III.

Le cuivre trouvé dans les viscères des animaux morts empoisonnés par l'acétate ou par le sulfate de cuivre, ne provient pas tout entier de cette portion de sel cuivreux qui, ayant transudé à travers les tissus après la mort, est arrivé par imbibition jusqu'aux organes éloignés du point sur lequel le sel cuivreux avait été placé.

Il suffira de quelques mots pour démontrer péremptoirement cette assertion. Lorsqu'on tue un animal empoisonné par un de ces sels et que l'on sépare à l'instant même le foie, la rate, les reins, le cœur et les poumons, on découvre dans ces organes un composé cuivreux en les traitant *immédiatement* par l'eau bouillante; donc une partie du sel cuivreux retiré après la mort avait pénétré dans ces organes pendant la vie. C'est ainsi que dans mon premier mémoire sur l'acide arsénieux, j'étais parvenu à prouver aussi que ce poison arrivait réellement dans tous les viscères du vivant de l'animal. (V. expériences 11° et 12°.)

Il importe maintenant d'étudier le phénomène de l'*imbibition* des liquides vénéneux sous le point de vue médico-légal, et de nous demander s'il a lieu pendant la vie et après la mort, et en cas d'affirmative, s'il est de nature à infirmer les conclusions auxquelles nous ont conduit jusqu'à présent nos travaux sur l'absorption des préparations arsénicales, antimoniales et cuivreuses, et qui se reproduiront infailliblement à l'occasion de plusieurs autres substances vénéneuses qui seront ultérieurement examinées.

Imbibition des liquides pendant la vie. Les physiologistes ne sont pas encore tous d'accord pour admettre que l'imbibition des liquides ait lieu pendant la vie, du moins d'une manière complète; ainsi M. Collard de Martigny soutient qu'elle est nulle ou incomplète sur le vivant, et s'appuie sur ce que ayant injecté dans l'estomac d'un lapin une solution de cyanure jaune de potassium et de fer, la surface externe de l'estomac ne se colora en bleu qu'au bout de 25 *minutes*, par le contact d'une faible dissolution de sesquisulfate de fer, tandis qu'en répétant l'expérience sur un lapin *mort*, une coloration bleue beaucoup plus intense se manifesta au bout de *quatre minutes*.

MM. Fodera et Magendie pensent, au contraire, que l'absorption n'est que le phénomène général de l'imbibition; ainsi le premier de ces expérimentateurs a vu le sesquisulfate de fer placé dans la cavité du péritoine coloré en bleu par du cyanure jaune de potassium et de fer qu'il avait introduit dans la cavité des plèvres, et qui avait par conséquent tra-

versé le diaphragme; dans une autre circonstance, après avoir rempli de poison une portion d'intestin, il a introduit cet intestin dans l'abdomen d'un animal vivant; l'empoisonnement a eu lieu, parce que la substance vénéneuse a passé de l'intérieur de l'intestin par transsudation dans les organes d'un chien. On sait aussi que des sels mis dans la cavité péritonéale sont arrivés jusque dans la vessie, en petite quantité à la vérité, quoique les urétères fussent liés. Les partisans de l'imbibition pendant la vie s'appuient encore sur les deux expériences suivantes : 1° Si l'on applique un poison sur une veine que l'on a isolée et soulevée à l'aide d'une carte ou d'un corps susceptible d'imbibition, les symptômes d'empoisonnement surviennent, la substance vénéneuse ayant passé au travers des parois du vaisseau. 2° Si l'on introduit un poison dans un vaisseau qu'on lie ensuite en deux endroits, ce poison ne tarde pas à agir sur toute la constitution, parce qu'il a passé du dedans au dehors, par *imbibition* au travers des parois du vaisseau, et qu'il a été absorbé ensuite par les parties voisines. Ces faits me paraissent prouver suffisamment que l'imbibition a lieu *pendant* la vie.

Imbibition des liquides après la mort. Quoique personne ne songe à contester que l'imbibition des liquides ait lieu après la mort, je crois devoir indiquer succinctement un certain nombre de faits qui mettront son existence hors de doute.

1° J'ai déjà dit que si l'on injecte dans l'estomac d'un lapin *mort* du cyanure de potassium et de fer dissous, la surface *externe* de l'estomac devient bleue au bout de *quatre minutes,* si on la touche avec un *solutum* de sesquisulfate de fer.

2° *Muller* ayant placé dans une fiole à col étroit, une dissolution de cyanure jaune de potassium et de fer qui ne remplissait pas la fiole, boucha celle-ci avec une vessie de grenouille, et une autre fois avec un poumon du même animal; il étendit, à l'aide d'un pinceau, une dissolution de chlorure de fer sur la membrane qui servait d'opercule à la fiole. Ce vase ayant été renversé, il se montra, *en moins d'une seconde*, une tache bleue à la membrane : or, si une vessie qui est composée de plusieurs couches est si rapidement traversée, que l'on juge avec quelle célérité un poison doit pénétrer les capillaires délicats des villosités du tube digestif.

Trentième expérience. — J'ai pendu un chien, et 6 heures après, lorsqu'il était froid, j'ai injecté dans le rectum une dissolution de 2 grammes d'acétate de cuivre dans 250 grammes d'eau. L'animal a été ouvert *huit* jours après. Les muscles du cou, de la poitrine, de l'abdomen et des membres, les poumons, le cœur, le foie et la rate n'offraient aucune coloration verte ou bleue. Il en était de même de l'intestin grêle, de l'épiploon-gastro colique et du mésentère, si ce n'est dans quelques parties qui avaient été évidemment en contact avec le gros intestin; celui-ci était d'un vert bleuâtre à l'extérieur dans toute son étendue; les matières excrémentielles qu'il renfermait étaient d'un vert bouteille. Le rein droit ainsi que la vessie étaient verdâtres à l'extérieur.

Examen chimique des portions colorées de l'intestin grêle, de l'épiploon-gastro-colique et du mésentère. Après avoir desséché ces matières, je les ai carbonisées par l'acide nitrique concentré et pur; le charbon traité pendant une heure par l'acide chlorhydrique bouillant mêlé d'un peu d'acide azotique a fourni une liqueur que j'ai décolorée à l'aide de l'eau régale bouillante et qui a ensuite été évaporée jusqu'à siccité; le produit, dissous dans l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique, a été soumis à un courant de gaz acide sulfhydrique lavé; au bout de quelques heures il s'était déposé un précipité brunâtre qui renfermait du sulfure de cuivre.

Examen du foie et de la rate : Ces deux organes, traités ensemble de la même manière que l'intestin grêle, ont également fourni du cuivre.

Examen du rein droit. Il s'est comporté comme le foie et la rate.

Examen des poumons et du cœur. Ces organes ont aussi fourni du cuivre, après avoir été traités comme nous l'avons dit à l'occasion des intestins et de l'épiploon.

Trente-unième expérience. — J'ai introduit dans l'estomac d'un cadavre humain refroidi *trente-deux grammes* de sulfate de cuivre dissous dans 120 grammes d'eau. Dix jours après, la température ayant varié de 15° à 20° th. c. j'ai ouvert ce corps, dont la putréfaction était déjà très-avancée. L'estomac contenait une grande quantité de dissolution cuivreuse; ses taches antérieures et postérieures étaient bleues; mais cette couleur était surtout intense à l'extrémité splénique, à l'épiploon gastro-splénique, et vers le commencement du colon descendant; ces parties étaient racornies et dures comme si elles avaient macéré dans un *solutum* concentré de sulfate acide d'alumine et de potasse. La presque totalité du canal intestinal, au contraire, offrait la *teinte* et la *consistance normales;* on n'apercevait çà et là dans les points de ce canal qui avaient été en contact avec des viscères que l'estomac avait bleui. La face *inférieure* du foie, le *côté gauche* du diaphragme, dans sa face abdominale, comme dans sa face thoracique, la partie *antérieure* de la rate et du rein gauche étaient colorés en bleu; il en était de même de l'extrémité *inférieure* du poumon *gauche* et d'une fausse membrane qui recouvrait la plèvre du même côté et qui avait acquis une dureté presque cartilagineuse. *Les autres viscères et toutes les autres portions du foie, de la rate,*

Digitized by Google

du rein et du poumon gauche et du diaphragme, ainsi que les muscles des membres, offraient la couleur normale, sans la moindre teinte bleue.

Examen chimique. On découvrait facilement la présence du cuivre dans le *décoctum* aqueux obtenu avec *toutes les portions des viscères* colorées en bleu.

Foie. Cet organe, dans la face inférieure avait *fourni du cuivre*, même par l'eau froide, surtout dans sa portion correspondante à l'estomac, n'en a donné *aucune trace*, lorsqu'on a fait bouillir dans l'eau pendant 4 heures son lobe *droit*, coupé par tranches de haut en bas et de manière à ne pas agir sur la tranche la plus inférieure. Le poumon *droit*, le *cerveau* et les *muscles* des jambes, bouillis séparément avec de l'eau, ne fournissaient pas de cuivre non plus.

Trente-deuxième expérience. — J'ai laissé pendant 10 jours l'avant-bras et la main d'un cadavre dans une dissolution concentrée d'acétate de cuivre; dix jours après, l'épiderme d'une couleur bleuâtre, se détachait avec facilité; la surface externe de la peau, bleuâtre par plaques, contenait çà et là de l'acétate de cuivre, tandis que sa face interne, *de couleur naturelle, n'en renfermait pas un atome;* le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles offraient leur couleur normale. J'ai fait bouillir pendant 6 heures avec de l'eau distillée tous les muscles de l'avant bras; le *décoctum* filtré ne contenait point de cuivre.

Trente-troisième expérience. — J'ai répété l'expérience avec cette modification que l'épiderme a été enlevé le 6e jour et que l'avant-bras a plongé pendant 16 jours dans la dissolution cuivreuse. Au bout de ce temps, la peau de l'avant-bras et de la main était *bleue* dans toute son étendue et ne se décolorait pas par les lavages les plus réitérés; en l'incisant on voyait que sa face interne, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose antibrachiale et la surface des muscles qu'elle enveloppe étaient également d'un bleu intense; plus en dedans les muscles n'étaient pas colorés par le sel de cuivre, qui, évidemment n'avait pas encore pénétré assez loin pour les bleuir. Le cubitus et le radius, dans toutes les portions qui ne sont recouvertes que par la peau, offraient aussi une belle couleur bleue. Pendant le temps qu'avait duré l'expérience la température ambiante avait varié de 22° à 27° th. centigr.

Il importait de savoir si, une fois porté dans les viscères, soit pendant la vie, soit après la mort, l'acétate de cuivre conservait sa solubilité dans l'eau, ou bien s'il se transformait, au bout d'un certain temps, en un composé insoluble dans ce liquide. Les expériences suivantes ont été tentées pour résoudre ce problème.

Trente-quatrième expérience. — J'ai plusieurs fois introduit dans l'estomac de chiens robustes vivants 2 grammes d'acétate de cuivre dissous dans 250 grammes d'eau; l'œsophage ayant été lié, les animaux sont morts au bout de 5, 8 ou 10 heures. Les cadavres ont été ouverts *douze* ou *quatorze* jours après la mort. Constamment les muscles étaient rouges et les poumons et le cœur de couleur naturelle; mais la surface externe de l'estomac offrait une couleur verdâtre, et l'on voyait sur le foie, la rate, les reins et sur quelques portions des intestins, de l'épiploon gastro-colique et du mésentère, des plaques d'un bleu tirant sur le vert.

Portions d'intestin, d'épiploon et de mésentère colorées en bleu-verdâtre. Après avoir laissé pendant 24 heures ces parties en contact avec de l'eau distillée *froide*, j'ai filtré la liqueur et je l'ai soumise à un courant de gaz acide sulfhydrique lavé; elle n'a pas tardé à se troubler, et au bout de 24 heures elle avait laissé se déposer un précipité de couleur brune contenant du sulfure de cuivre. Les organes ainsi lavés avec de l'eau *froide*, ont été soumis à l'action de l'eau distillée bouillante pendant *vingt minutes;* le *solutum*, filtré, évaporé et desséché, a été carbonisé par l'acide azotique concentré et pur; le charbon, traité par l'acide chlorhydrique et par un peu d'acide nitrique, a donné une liqueur qui, étant décolorée par l'eau régale et décomposée par le gaz acide sulfhydrique a fourni un précipité noir très-léger qui était un *sulfure de cuivre.*

Foie, rate et *reins.* Après avoir coupé ces organes en petits fragments, je les ai laissés pendant 24 heures dans l'eau distillée *froide.* Le *solutum* filtré a été divisé en deux parties A et B. La portion A, traversée par un courant de gaz sulfhydrique, s'est troublée presque aussitôt et a donné un précipité de couleur brunâtre qui contenait du sulfure de cuivre. La portion B, évaporée, desséchée, carbonisée et soumise comme il a été dit à l'action de l'acide chlorhydrique, de l'eau régale et du gaz sulfhydrique, a également fourni du cuivre.

Trente-cinquième expérience. — J'ai souvent introduit dans l'estomac de chiens 8 grammes d'acétate de cuivre *solide* réduit en poudre fine, et j'ai lié l'œsophage. Les animaux sont morts 5, 7 et 8 heures après, et n'ont été ouverts qu'au bout de 12 ou 15 jours. Les muscles étaient rouges; toutes les parties du canal digestif que l'acétate avait touchées étaient bleues à l'extérieur. La rate, les reins et le foie offraient également une couleur bleuâtre à la surface. Les poumons et le cœur paraissaient offrir leur couleur normale. En traitant par l'*eau froide d'abord*, puis par l'eau bouillante pendant 20 minutes, les viscères colorés en bleu par le sel de cuivre qui avait transsudé, on obtenait des dissolutions légèrement cuivreuses dans lesquelles on pouvait démontrer la présence du métal comme il a été dit dans l'expérience précédente.

forte raison le cerveau, les muscles des jambes, etc., n'en renferment pas un atome;

3° Que tout porte à croire qu'ils n'arriveraient jamais jusqu'aux parties les plus éloignées du point où ils ont été appliqués, du moins en assez grande quantité pour pouvoir être décelés, si la dose injectée dans le canal digestif était faible;

4° Qu'il serait possible, toutefois, que la marche des liquides vénéneux à travers les tissus *morts* fût beaucoup plus lente, et qu'elle finit par s'arrêter complétement à une certaine distance du canal digestif, si ces liquides étaient de nature, comme les sels de cuivre, à former avec la substance de nos organes un composé insoluble;

5° Qu'en tout cas, cette décomposition n'aurait pas lieu de suite pour toute la portion du liquide vénéneux, puisque, au bout de 10, 12 ou 14 jours, j'ai pu aisément dissoudre dans l'*eau froide*, et en quelques heures, une partie des sels cuivreux qui se trouvaient dans les organes, et dont une partie y était arrivée par *imbibition*. (*V*. expériences 34 et 36°).

6° Que la peau ne paraît pas se laisser traverser facilement par les liquides vénéneux, puisque, au bout de 10 jours, la surface interne de ce tissu revêtu de son épiderme, n'était point bleuie, quoique l'avant-bras et la main eussent *plongé dans une dissolution d'acétate de cuivre*, et que, dans une

qu'un terrain de cimetière, même en le supposant fortement arsenical, *ce qui n'est pas*, ne cédera *jamais* l'arsenic à un cadavre de manière à faire croire à un empoisonnement, malgré l'assertion contraire de M. Devergie, parce que, indépendamment de ce qui vient d'être dit, le composé arsenical de ces terrains *est complétement insoluble dans l'eau bouillante*.

Effets de l'imbibition après la mort, sous le rapport médico-légal. Ainsi que je l'ai déjà dit, les sels de cuivre dissous dans l'eau, ne sont pas les seules substances toxiques qui, étant introduites dans le canal digestif, le traversent pour arriver jusqu'aux organes les plus éloignés; les sels d'antimoine, les préparations *arsenicales* et tous les autres poisons se comportent de même; il ne s'agit, en effet, que d'un phénomène physique qui n'exige pour se manifester que la présence d'un tissu perméable et d'un liquide. Les résultats de cette imbibition après la mort, se manifestent assez rapidement, quand la substance vénéneuse a été dissoute, puisque l'on peut au bout de peu de jours retrouver celle-ci dans le cœur et les poumons. Les poisons *solides*, solubles dans l'eau, pénètrent également nos tissus, parce qu'ils se dissolvent dans les liquides que contient le canal digestif; mais ici l'imbibition s'opère plus lentement, surtout lorsque la solubilité de ces poisons est peu marquée; ainsi l'acide arsé-

tion de matière vénéneuse quand les animaux empoisonnés sont examinés plusieurs jours après la mort, que lorsqu'ils sont ouverts pendant la vie ou peu d'instants après qu'ils ont cessé de vivre; 2° qu'il est possible de retirer des viscères des animaux qui ont succombé à une maladie autre que l'empoisonnement, une certaine quantité d'un poison que l'on aurait introduit dans le canal digestif *après la mort*.

Quelle peut être la portée de cette dernière conséquence? Dira-t-on, par hasard, que, dans le dessein d'accuser un homme innocent d'avoir été l'auteur d'un empoisonnement, un misérable pourrait introduire dans le canal digestif d'un cadavre une dissolution vénéneuse, qui pénètrerait ensuite par imbibition jusqu'aux organes les plus éloignés, d'où elle serait retirée par les experts, et porterait ceux-ci à conclure qu'il y a eu empoisonnement? J'ai déjà abordé cette question en 1815, en ce qui concerne les poisons que l'on trouve dans le canal digestif après la mort, et j'ai fait connaître une série d'expériences sur les animaux et sur les cadavres humains propre à la résoudre dans certains cas. « Que » l'on suppose, disais-je, un individu attaqué d'une » maladie grave, spontanée, qui succombe au bout » de quelques heures, et dans le *rectum* duquel » on injecte, peu d'instants après la mort, une dis» solution corrosive. Le bruit se répand qu'il a été » empoisonné et les magistrats nomment un expert » pour vérifier le fait. Celui-ci procède à l'ouver» ture du corps, reconnait l'existence du poison au » moyen de l'analyse chimique, et découvre une » inflammation plus ou moins vive des tissus sur » lesquels la substance vénéneuse a été appliquée. » S'il ne sait pas que le poison a pu être introduit » après la mort, et qu'il ignore les moyens de con» stater ce fait, il prononce que l'individu a péri » empoisonné et sacrifie une victime innocente à » la vengeance d'un assassin ! » (*Toxicologie générale*, t. 2, Paris, 1815).

Je commencerai par faire observer que la question dont il s'agit n'a pas, ni à beaucoup près toute la gravité qu'on pourrait d'abord lui supposer, et qu'elle n'inspire, par le fait, jusqu'à ce jour, qu'un intérêt scientifique; il faut le dire à l'avantage de l'espèce humaine, jamais encore les tribunaux d'aucun pays n'ont eu à s'occuper d'un pareil raffinement de scélératesse; car j'ai pu me convaincre, il n'y a pas encore longtemps, par des documents officiels, que le cas de ce genre que j'avais dit avoir été jugé par la cour royale de Stockholm, n'était qu'une invention coupable de la personne de qui je tenais le renseignement écrit.

Voici, au reste, des éléments qui pourraient utilement servir à la solution de la question, si jamais elle se présentait.

1° S'il est vrai que le sublimé corrosif, l'acide arsénieux, les sels de cuivre, les acides sulfurique et azotique, etc., introduits dans le canal digestif quelques minutes après la mort des animaux, donnent lieu à des altérations de tissus qui simulent jusqu'à un certain point, celles qui se développent par l'ingestion de ces mêmes substances pendant la vie, il est cependant facile de distinguer ces altérations aux caractères suivants : A. Dans le cas où le poison a été introduit après la mort, à l'état solide, on le retrouve en assez grande quantité, à peu de distance du point sur lequel il a été appliqué, tandis qu'on n'en trouve pas dans les parties du canal digestif éloignées de ce point, à moins qu'il n'ait séjourné longtemps dans le canal et qu'il n'ait été dissous par les liquides qu'il pouvait renfermer. Il est au contraire peu abondant, en général, s'il a été introduit dans le canal digestif d'un individu vivant, parce que la majeure partie a pu être expulsée par les vomissements et par les selles qu'il a déterminées. B. Si le poison avant d'être injecté a été dissous, il pénètre sans doute plus loin dans le canal digestif; mais ici encore il existe des différences notables et analogues à celles qui viennent d'être indiquées entre les proportions de substance vénéneuse et les lieux qu'elles occupent, suivant que la mort a précédé ou suivi l'injection. C. L'altération des tissus ne s'étend jamais qu'un peu au delà de la partie sur laquelle le poison a été appliqué après la mort, en sorte qu'il y a une ligne de *démarcation excessivement tranchée* entre les portions affectées et celles qui ne l'ont pas été, phénomène qui ne s'observe jamais dans l'autre cas; en effet, les poisons irritants dont nous parlons, agissent sur le vivant en déterminant une forte irritation à laquelle succède une inflammation d'une intensité variable, mais qui s'étend toujours bien au delà de l'endroit où ils ont été appliqués et qui décroît insensiblement, à mesure que l'on s'éloigne du point le plus enflammé, en sorte qu'il n'y a jamais une ligne de *démarcation* parfaitement tracée. D. la rougeur, l'inflammation, l'ulcération et les autres lésions sont portées infiniment plus loin lorsque le poison a été introduit pendant la vie, que dans le cas où il a été appliqué après la mort : ainsi, si à l'examen du cadavre, on trouvait le *rectum* ou l'estomac recouverts d'une assez *grande* quantité d'un de ces poisons, et que la lésion fût peu marquée, on pourrait présumer qu'il a été appliqué après la mort. E. Il existe d'ailleurs des poisons qui déterminent des altérations tellement caractéristiques lorsqu'on les injecte après la mort, qu'il est impossible de se méprendre; tels sont le sublimé corrosif et l'acide azotique. F. Les poisons corrosifs, s'ils sont introduits dans le canal digestif *vingt-quatre heures après le décès*, ne développent plus de rougeur ni d'inflammation,

parce que la vie est entièrement éteinte dans les capillaires, et il n'est, par conséquent, plus permis de confondre ces cas avec l'empoisonnement. G. Les poisons peuvent encore déterminer des altérations qui simulent une légère congestion, lorsqu'ils sont appliqués *une ou deux heures après la mort;* mais il suffit des données qui précèdent pour ne pas être induit en erreur.

2° Dans toutes les espèces de ce genre, il ne faudrait pas oublier que les poisons ne sont pas transmis rapidement par *imbibition après la mort*, aux organes éloignés, même quand le canal digestif en contient une forte proportion, et qu'alors même qu'ils sont arrivés à la surface de ces organes, on les trouve d'abord à leur partie inférieure, dans la portion la plus déclive et dans celle qui est plus près du liquide vénéneux; ainsi dans l'expérience 31°, le côté gauche du diaphragme et le poumon gauche contenaient du sulfate de cuivre, tandis qu'il n'y en avait pas dans le côté droit du diaphragme ni dans le poumon droit. Il faudrait également savoir que les liquides vénéneux n'ont pas encore pénétré dans les parties centrales des viscères d'une certaine épaisseur, quand déjà ils sont arrivés depuis quelque temps à la surface de ces viscères, en sorte qu'on peut retirer ces poisons d'une branche mince prise à la surface de l'organe, tandis qu'on les chercherait infructueusement dans le centre de cet organe. Les choses se passent tout autrement dans les cas où les substances vénéneuses ont été absorbées pendant la vie; quelle que soit la partie du viscère soumise à l'analyse, on y démontre l'existence du poison.

Il se pourrait également, si la proportion de substance vénéneuse introduite dans le canal digestif *après la mort* n'était pas considérable, que l'on ne découvrît pas un atome de poison dans les parties les plus éloignées de l'estomac ou des intestins, parce qu'il ne serait pas arrivé jusqu'à ces organes, tandis que rien de semblable n'aurait lieu dans un cas d'empoisonnement.

3° Si le cadavre n'était examiné que plusieurs mois après la mort, lorsque déjà l'état putréfié du canal digestif ne permettrait pas de constater les altérations dont il aurait pu être le siége, quoique formant un tout continu, ou bien s'il s'agissait d'un de ces poisons qui exercent plus particulièrement leur action sur le système nerveux, sans altérer sensiblement la texture des tissus de ce canal, il faudrait s'enquérir attentivement des symptômes qui ont précédé la mort, de la nature et de la durée de la maladie, etc.; car souvent on parviendrait à reconnaître que cette mort a été l'effet d'une cause toute naturelle, ou que des vomissements et des évacuations alvines ayant eu lieu dans les derniers temps de la maladie, il est impossible d'admettre qu'une portion assez considérable de substance vénéneuse solide ou dissoute ait pu rester dans le *canal digestif.* Il se pourrait aussi que dans ce cas l'examen du cerveau ou des organes contenus dans le thorax vînt éclairer l'expert sur la cause de la mort.

4° Si l'exhumation du cadavre était faite longtemps après la mort, quand déjà, par suite de la dissolution putride, tous les viscères seraient méconnaissables et qu'il ne resterait que des débris, sous forme d'une masse graisseuse, semblable au cambouis, le médecin ne pourrait guère s'éclairer pour résoudre la question que des signes commémoratifs sur tout ce qui aurait précédé la mort. Mais alors l'intervention des magistrats, déjà si utile dans les cas mentionnés plus haut, serait un puissant auxiliaire pour découvrir la vérité; en effet, messieurs, l'accusation soumise à l'investigation du juge instructeur, ne tarderait pas à s'évanouir; quel intérêt pouvait avoir l'accusé à commettre le prétendu crime, ou bien qui lui a délivré la substance toxique, comment se l'est-il procurée, à quelle époque et comment a-t-il introduit cette substance dans le canal digestif de l'individu, où sont les preuves de toutes ces assertions, de quels accidents immédiats l'administration du poison aurait-elle été suivie? D'un autre côté, on pourrait apprendre que l'accusateur possédait chez lui le poison décélé dans les entrailles ou qu'il s'en est procuré, qu'il en a fait dissoudre une certaine portion, qu'il s'est servi d'une sonde ou d'une seringue, dans l'intérieur desquelles on trouverait peut-être encore un reste de ce poison, qu'on l'a vu approcher le cadavre, le retourner dans tel ou tel autre sens, etc. Je me borne à ces indications, persuadé que l'œil vigilant de la justice ne négligerait aucun des moyens propres à mettre la vérité dans tout son jour.

Conclusions générales.

Il résulte des expériences et des considérations qui précèdent :

1° Que l'acétate et le sulfate de cuivre, introduits dans l'estomac ou appliqués sur le tissu cellulaire sous-cutané des chiens vivants, sont absorbés et portés dans tous les organes de l'économie animale.

2° Qu'il en est probablement de même pour l'homme.

3° Qu'il est possible, à l'aide de certains procédés chimiques, de retirer le cuivre métallique de la portion de ces sels cuivreux qui a été absorbée.

4° Qu'il devient indispensable de recourir à cette extraction, lorsqu'on n'a pas trouvé ces poisons dans le canal digestif ou sur les autres parties sur lesquelles ils avaient été immédiatement appliqués, ou dans les matières des vomissements; car en se bornant, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, à re-

Digitized by Google

chercher les sels cuivreux dans les matières provenant de l'estomac et des intestins, on court risque de ne pas les découvrir, soit parce qu'il n'en restera plus dans le canal digestif, soit parce que les matières vomies auront été soustraites, tandis que l'on pourra toujours obtenir le métal de la portion qui aura été absorbée.

5° Qu'un rapport médico-légal devra être déclaré incomplet et insuffisant, par le seul fait *que dans le cas indiqué*, on aura omis de rechercher les sels cuivreux dans les parties où elles existent après avoir été absorbés.

6° Qu'indépendamment de la portion des sels cuivreux absorbés pendant la vie, et qui se trouve inégalement disséminée dans *tous les tissus*, plusieurs de nos organes, et notamment les viscères abdominaux, si les sels ont été introduits dans le canal digestif, contiennent encore, surtout à la partie de leur surface qui était en contact avec le canal, la portion de ces sels qui est arrivée jusqu'à eux par suite de l'*imbibition* cadavérique, et dont la quantité varie suivant l'époque à laquelle les cadavres ont été ouverts ; que dès lors le cuivre, retiré en dernier résultat de ces organes, provient à la fois et du sel qui avait été absorbé et de celui qui avait traversé les tissus après la mort.

7° Que l'imbibition dont il s'agit, mise hors de doute par les expériences de Fodéra, de Collard de Martigny, de Magendie, de Muller, etc., et par les miennes, est un phénomène qui n'appartient pas exclusivement à l'intoxication cuivreuse, puisqu'on l'observe *dans tous les empoisonnements* où la substance vénéneuse, incomplétement absorbée pendant la vie, séjourne sur nos tissus après la mort, pourvu que cette substance soit dissoute ou susceptible de se dissoudre dans le liquide qui la touche ; qu'ainsi ce qui vient d'être dit relativement à la proportion du poison cuivreux fourni par les viscères, soit par suite de l'absorption, soit par suite de l'imbibition, s'applique à tous les genres d'intoxication dans lesquels les poisons ont été absorbés.

8° Qu'il est possible, dans la plupart des cas, de déterminer si les sels de cuivre et les autres poisons retirés des viscères, dans les recherches médico-légales, ont été introduits dans l'économie animale *pendant la vie* ou *après la mort*, soit en ayant égard aux symptômes qui ont précédé celle-ci, et aux lésions de tissu qui ont été constatées à l'ouverture des cadavres, soit à l'aide d'expériences chimiques tentées sur tel organe éloigné du canal digestif plutôt que sur tel autre qui l'avoisine, ou sur telle autre partie d'un même viscère plutôt que sur telle autre; qu'à la vérité, dans quelques cas fort rares, comme après une inhumation prolongée, et lorsqu'il ne resterait plus que des *détritus* des viscères, le problème dont il s'agit pourrait être moins facile à résoudre si les renseignements recueillis par les magistrats ne venaient éclairer l'expertise en établissant *positivement* que le poison n'a pas été introduit dans le canal digestif après la mort. Les annales judiciaires n'offrent, au reste, aucun exemple d'une accusation d'empoisonnement dans laquelle la perversité aurait été poussée jusqu'au point d'injecter une matière vénéneuse dans le canal digestif d'un cadavre, pour faire prendre le change.

9° Que l'on peut déceler les sels cuivreux absorbés qui ont déterminé l'empoisonnement, en faisant bouillir pendant une heure avec l'eau distillée les divers viscères ou les chairs, en desséchant le *décoctum* filtré et en carbonisant par l'acide azotique, ou en le décomposant par l'azote de potasse.

10° Que, même au bout de six heures, à l'aide de l'eau bouillante, on ne dissout pas la totalité du sel cuivreux absorbé, mais qu'on en extrait assez pour mettre son existence hors de doute.

11° Que l'eau distillée après une heure d'ébullition, ne dissout *aucune trace du cuivre normal* contenu dans nos tissus ; que celui-ci ne peut être séparé en partie que par les acides concentrés, et en totalité par l'incinération, en sorte que l'expert *devra conclure* qu'une préparation cuivreuse a réellement été ingérée pendant la vie, soit comme poison, soit comme médicament, s'il obtient du cuivre d'un *décoctum aqueux* préparé en faisant bouillir *pendant une heure*, avec de l'eau distillée, les viscères ou les muscles d'un individu que l'on soupçonne être empoisonné, à moins qu'il ne soit *prouvé* que cette préparation cuivreuse est arrivée dans nos organes par suite d'une imbibition cadavérique.

12° Qu'il est préférable de soumettre à l'ébullition aqueuse d'abord les viscères du canal digestif, puis les portions des organes abdominaux qui n'ont pas été touchées par le canal, et d'agir ensuite sur les portions qui ont été en contact avec l'estomac et les intestins; en opérant ainsi, on est assuré de retirer constamment une plus grande quantité de poison de ces dernières, et de recueillir des renseignements propres à faciliter la solution des questions que l'on pourrait être tenté de soulever à l'occasion de l'imbibition.

13° Que si les recherches médico-légales, au lieu de porter sur les organes, avaient pour objet les matières alimentaires ou excrémentielles contenues dans le canal digestif ou les liquides vomis, il faudrait faire bouillir ces matières pendant une heure avec de l'eau distillée, filtrer la liqueur, la dessécher et la décomposer par l'acide azotique pur ou par l'azote de potasse exempt de cuivre; la présence de ce métal dans le produit de la composition permettrait d'affirmer qu'une préparation cuivreuse a été prise comme poison ou comme médicament, à moins

que le poison n'eût été injecté dans le canal digestif après la mort. Quoique les sels cuivreux, intimement combinés avec des matières organiques, ne se dissolvent qu'en petite quantité dans l'eau bouillante, la dissolution, comme je l'ai déjà dit, contient cependant assez de métal pour qu'une lame de fer puisse l'extraire.

14° Que si, après avoir traité ces matières alimentaires ou excrémentielles par l'eau bouillante, on n'avait point trouvé de cuivre, on aurait tort de les soumettre à l'action des acides forts, ou à l'incinération, dans l'espoir de découvrir le cuivre qui aurait pu empoisonner, parcequ'en supposant même qu'on en obtînt, on ne pourrait pas conclure que ce métal provient d'un sel cuivreux ingéré comme poison ou comme médicament, attendu que plusieurs substances alimentaires contiennent du cuivre *normal* susceptible d'être décélé par l'incinération. Mieux vaudrait alors renoncer à la recherche du cuivre dans ces matières alimentaires, et soumettre à l'action de l'eau bouillante le canal digestif, le foie, la rate, les reins, etc., comme je l'ai déjà dit.

15° Que, tout en admettant avec M. Devergie que la proportion de cuivre normal contenu dans les intestins de l'homme et de la femme adulte ne dépasse pas 46 milligrammes, je ne saurais adopter avec lui qu'il y ait une certaine importance médico-légale à tenir compte de cette proportion, pour décider, à l'aide de l'incinération, si le cuivre obtenu est ou non le cuivre normal, parce que, comme il le dit lui-même, les quantités de cuivre normal trouvées *dans le petit nombre d'expériences* qu'il a faites sont trop variables pour que l'on puisse considérer le chiffre indiqué comme exact, et surtout parce qu'il peut arriver tous les jours qu'à la suite d'un empoisonnement par un sel cuivreux, il reste assez peu de ce sel dans les intestins, pour qu'en réunissant le poids du cuivre qu'il fournirait à celui qui existe naturellement dans ces viscères, on n'obtînt que 40 à 50 milligrammes. (V. le tableau tracé par M. Devergie, aux pages 536 et 537 du t. III de la 2e édition de la *Médecine légale*.) Qu'on pourrait tout au plus avoir égard à la proportion de cuivre que donne l'incinération, quand cette proportion *dépassera de beaucoup* celle que des expériences ultérieures et plus multipliées auront indiquée comme étant réellement le maximum du cuivre normal; mais que, même dans ce cas, il est infiniment préférable de recourir au moyen que je propose, parce qu'il fournit les résultats nets et précis que je rappelle en terminant : *Le cuivre d'empoisonnement peut être extrait, en partie, des organes que l'on fait bouillir dans l'eau pendant une heure, tandis que l'on ne retire pas un atome de cuivre normal par ce procédé.*

L'Esculape. — Septembre 1840.

Observation d'un empoisonnement par l'ammoniaque; par le docteur Souchard de Lavoreille, médecin, à Batignolles.

Le fait suivant, dont la relation nous a été communiquée par M. le docteur Souchard de Lavoreille, présente de l'intérêt à plus d'un titre, tant sous le rapport des circonstances qui l'ont amené que comme exemple remarquable et assez rare d'empoisonnement par l'ammoniaque, et enfin sous le rapport du traitement qui par son heureux résultat peut être donné comme règle de conduite à suivre à l'avenir dans de pareilles circonstances. Nous extrayons de l'observation de M. le docteur Souchard les circonstances les plus intéressantes :

M. A. P***, élève en pharmacie, couchant dans un petit cabinet attenant à l'officine, dans laquelle on avait déposé la veille une énorme bouteille de grès (une *tourie*) contenant environ 50 liv. d'alcali volatil, fut subitement éveillé par un sentiment de violente constriction à la gorge et une grande difficulté à respirer. — M. P***, ne sachant d'abord à quoi attribuer ce qu'il éprouvait, n'eut d'autre pensée que de se précipiter dans la pharmacie pour s'y gargariser avec de l'eau fraîche; mais il n'y eut pas plutôt pénétré, qu'il se sentit entièrement suffoqué. —Ses cris plaintifs ayant attiré plusieurs personnes de la maison, on s'aperçut alors que la bouteille d'ammoniaque avait éclaté. — M. Souchard, appelé sur ces entrefaites, trouva le malade dans l'état suivant:

Sa posture et ses gestes témoignaient la plus vive anxiété; la face, dont les traits étaient violemment décomposés, était le siége de plaques rouges, d'autant plus vives qu'elles se rapprochaient davantage des ouvertures naturelles; la muqueuse des narines et des lèvres était détruite; de la bouche et du nez s'écoulait une grande quantité d'écume sanguinolente qui avait déjà sali la chemise; la langue, d'un rouge vif, semblait dépouillée de son épithélium; sur quelques points elle était couverte d'une couche muqueuse blanche que l'on aurait pu prendre pour des portions de fausse membrane; toute la cavité buccale présentait à peu près le même caractère; le malade, dont nous ne pouvions obtenir que des sons d'une voix faible et mal articulée, n'accusait d'abord qu'une violente douleur à la gorge; mais cette douleur ne tarda pas à s'étendre à toute la poitrine; il y avait une gêne extrême de la respiration, et menace continuelle de suffocation; l'auscultation ne nous fit entendre qu'un râle tumultueux; la soif était excessivement vive, mais la déglutition presque impossible; les efforts que faisait le malade, pour avaler la boisson qui lui était présentée, provoquaient une toux rauque et pénible qui lui amenait à intervalles assez rares une expectora-

Digitized by Google

tion de matières muqueuses et filantes; la peau était chaude, mais non pas très-sèche; le pouls faible, irrégulier et fréquent; point de mouvements convulsifs; les yeux étaient rouges et étincelants; le front, dont tous les vaisseaux étaient gorgés de sang, était brûlant au toucher.

Nous n'hésitâmes pas un seul instant à pratiquer une large saignée, et nous eûmes la satisfaction de voir, sous l'influence de cette émission sanguine, disparaître le sang qui accompagnait l'expectoration, ce qui ne contribua pas peu à rassurer le malade. Immédiatement après, M. P*** ayant été transporté dans un lit que l'on venait de préparer dans un lieu convenable, nous eûmes recours à l'eau vinaigrée. Son administration, quoique pénible et fort douloureuse, ne tarda pas à avoir d'heureux effets; car à peine deux heures s'étaient écoulées au milieu d'angoisses impossibles à décrire, que l'auscultation nous fournit des signes plus satisfaisants : au lieu de ce bruit tumultueux, difficile à caractériser, que nous avions d'abord signalé, nous pûmes reconnaître que la respiration quoique encore pénible était pourtant appréciable sur plusieurs points; la poitrine se dégageait donc sensiblement, le malade d'ailleurs paraissait en moins souffrir; son attention ne se portait plus guère encore une fois que sur la gorge, et en effet la déglutition devint bientôt impossible. Grâce à une forte application de sangsues *loco dolenti*, nous parvînmes de nouveau à combattre ce symptôme; les révulsifs, les frictions, les gargarismes astringents, les lavements purgatifs, les bains, complétèrent le traitement que nous crûmes devoir employer en cette circonstance. Au bout de quarante-huit heures nous pûmes déclarer que M. P*** était sauvé. Pendant quelque temps encore il nous présenta tous les caractères d'une bronchite aiguë avec expectoration abondante, et parfois sanguinolente; il fut sujet à une aphonie complète pendant cinq ou six jours, mais cette aphonie cessa peu à peu, et maintenant il est parfaitement rétabli, ne conservant plus que le souvenir du danger qu'il a couru.

IBIDEM.

Digitized by Google

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

COMPTE RENDU DES MALADIES OBSERVÉES AU DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES, PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE 1840;

Par M. le docteur FLORENT CUNIER, chirurgien du dispensaire.

Témoin pendant onze années des ravages exercés par le cruel fléau qui afflige les armées hollandaise et belge, ma position de médecin militaire a été pour moi l'occasion de la direction spéciale que j'ai imprimée à mes études médicales. Mon séjour à l'étranger, où j'ai suivi avec ardeur la clinique des dispensaires ophthalmiques m'avait fait apprécier l'utilité de ces institutions et les immenses bienfaits que peuvent en retirer la science et l'humanité. Aussi, à peine rendu à la vie civile, mon intention fut-elle lorsque, il y a un an, je suis venu me fixer à Bruxelles pour m'y livrer à la pratique spéciale de l'oculistique, de doter notre capitale d'un semblable établissement; mais diverses causes, parmi lesquelles il faut placer en première ligne mes souffrances continuelles, retardèrent l'exécution de mon projet.

Enfin, grâce au concours de mon estimable ami, M. le docteur Cutler, et à l'aide que voulurent bien nous prêter MM. les docteurs Feigneaux et Mouremans, un bureau de consultations gratuites pour les maladies des yeux a été ouvert en juin dernier. Le zele philanthropique de M. Cutler a été extrême; c'est lui qui a pourvu aux premiers frais, c'est lui qui mit en circulation les premières listes destinées à l'inscription des dons volontaires. Ses démarches auprès des familles anglaises résidant à Bruxelles nous procurèrent bientôt des fonds; MM. Feigneaux, Mouremans et moi, nous nous cotisâmes d'un autre côté, nous fîmes appel à la philanthropie de quelques habitants, et nous parvînmes ainsi à nous créer des ressources pour soutenir une œuvre qui est arrivée déjà aux résultats remarquables dont je viens aujourd'hui rendre compte aux personnes bienfaisantes qui l'ont prise sous leur patronage.

Placé au centre de la ville, dans la rue des Trois-Têtes, Montagne de la Cour, dans l'établissement des Bains-Léopold, le local dont nous avons fait choix, se compose d'une salle d'attente et d'une salle de consultation. Une autre pièce, dans laquelle peuvent être placés deux lits, nous permet d'admettre et de soigner à nos frais, les personnes de la province et celles de la ville affectées de cataractes ou d'autres maladies qui réclament des opérations, lorsque ces personnes sont trop peu fortunées pour se loger à leurs frais, ou bien lorsque la mauvaise disposition ou l'exiguïté de leur habitation compromettrait les suites des opérations.

Chaque nouveau malade qui se présente est pourvu d'une liste, portant son numéro d'inscription au registre, ses nom, prénoms, âge, domicile, profession, la nature de son affection; sur cette liste sont copiées du livre de visite les prescriptions qui lui sont faites, et qu'il doit prendre, aux frais du dispensaire, chez M. Pasquier, pharmacien, Montagne de la Cour, n° 86.

La consultation est régulièrement tenue de midi à deux heures; les indigents et les ouvriers de la ville peuvent se présenter tous les jours de la semaine; le dimanche est réservé aux habitants de la campagne.

La moyenne des malades qui viennent journellement réclamer nos soins a été de seize; le nombre s'en est quelquefois élevé à trente, venus non-seulement de la ville et des faubourgs, mais d'endroits distants de 3, 6, 10 et même 20 lieues de Bruxelles.

Le chiffre total des personnes traitées durant le trimestre qui vient de s'écouler, a été de 212; sur ce nombre 20 sont sorties de traitement sans être guéries, soit qu'elles ne se soient présentées à la consultation qu'une ou deux fois (12), soit que les affections qu'elles portaient ne fussent susceptibles d'aucune amélioration (8); 159 ont été radicalement guéries; 33 restaient en traitement au 1er octobre. Les maladies dont elles étaient atteintes sont ainsi reparties :

Digitized by Google

DÉSIGNATION DES MALADIES.	NOMBRE DE MALADES — Entrés sous traitement.	Dont l'état a seulement été amélioré ou ne s'étant plus représentés.	Guéris.	Restant sous traitement.
Carie de l'orbite.	1	1	»	»
Blépharites glanduleuses.	7	»	7	»
» ciliaires.	9	»	9	»
» granuleuses.	7	»	6	1
» érysipélateuse.	1	»	1	»
Tumeurs lacrymales.	3	»	3	»
Ectropions séniles.	2	2	»	»
Entropions.	3	»	»	3
Trichiasis.	1	»	1	»
Brûlure des paupières et du globe oculaire.	1	»	1	»
Corps étrangers dans la cornée.	2	»	2	»
Pannus vasculaires.	8	»	6	2
» celluleux.	3	1	2	»
Néphélions.	2	»	2	»
Leucoma.	1	»	»	1
Staphylômes de la cornée transparente.	6	»	6	»
» du corps ciliaire.	1	1	»	»
Procidence de l'iris.	1	»	1	»
Ophthalmies catarrhales.	15	»	15	»
» » purulentes.	7	2	5	»
» » des nouveau-nés.	2	»	2	»
» leucorrhéiques	3	»	3	»
» blennorrhagiques.	2	»	2	»
» varioleuses.	1	»	1	»
» rhumatismales.	6	1	3	2
» catarrho-rhumatismales.	5	»	4	1
» scrofuleuses.	48	»	43	5
» catarrho-scrofuleuses.	16	2	11	3
Kératites scrofuleuses.	2	»	2	»
Iritis	1	»	1	»
» séro-rhumatismales.	2	»	»	2
» syphilitiques.	1	»	»	1
Névralgie de l'iris.	1	»	1	»
Occlusion de la pupille.	1	»	1	»
Hydrophthalmie.	1	»	1	»
Pér phakites.	1	»	1	»
Cataractes traumatiques.	2	2	»	»
» capsulaires antérieures.	2	»	2	»
» » postérieures.	2	»	»	2
» capsulo-lenticulaires.	3	»	3	»
» vertes.	2	»	1	1
» liquides.	1	»	1	»
» capsulo-lenticulaires centrales.	3	»	»	3
» choroïdales.	1	»	»	1
Chute et absorption du cristallin.	2	»	2	»
Amblyopies congénitales.	1	»	»	1
» vermineuses.	1	»	1	»
» torpides.	2	2	»	»
Mydriases.	2	»	»	2
Chute de la paupière supérieure avec strabisme en dehors et mydriase.	2	»	1	1
Héméralopie.	1	»	1	»
Polyplopie monoculaire.	1	»	»	1
Mélanose.	1	1	»	»
Fongus médullaire.	2	2	»	»
Glaucôme.	1	1	»	»
Strabismes divergents.	1	»	1	»
» convergents.	5	2	3	»
Total. . .	212	20	159	33

Les notes qui ont été tenues sur l'âge, la profession, et le genre de vie de nos malades fournissent des renseignements précieux, mais qui portent sur un trop petit nombre pour qu'il soit permis de les faire servir à une appréciation statistique ; nous continuons à recueillir ces données qui nous serviront dans une autre et prochaine occasion.

Mon intention est d'indiquer sommairement, dans le travail que j'entreprends aujourd'hui, quels sont les moyens thérapeutiques que nous avons opposés aux maladies oculaires qui se sont présentées à notre observation et quels sont les résultats que nous avons obtenus. Je signalerai en passant les cas intéressants dont il a été tenu note avec la plus scrupuleuse exactitude par notre chef de clinique, M. Breyer, dont l'activité, le zèle et l'intelligence sont au-dessus de tous éloges.

§ I. Carie de l'orbite.

La malade qui en était affectée ne s'est présentée qu'une seule fois à la consultation ; c'était une hollandaise qui se trouvait momentanément à Bruxelles où elle doit venir se fixer. Il en sera question dans mon prochain rapport.

§ II. Blépharites.

A. *Blépharites glanduleuses.* Les sept malades que nous avons eu à traiter étaient tous scrofuleux ; cinq étaient des enfants de deux à six ans, deux étaient adultes.

Dans tous les cas l'affection datait de plus de quatre mois et divers traitements avaient inutilement été mis en usage soit dans les hôpitaux, soit à domicile.

Le traitement général a été combiné avec l'emploi des topiques. Le calomel a été donné à l'intérieur, à dose réfractée, jusqu'à ce qu'il se manifestât quelque symptôme de salivation ; l'iodure de potassium lui a alors été substitué et a été continué jusqu'après guérison complète. Chez deux malades la tendance aux recrudescences du mal nous a porté à prescrire des frictions entre les épaules avec la pommade stibiée, et à appliquer plus tard un vésicatoire au bras.

Nous avons toujours insisté sur un régime tonique, et sur l'usage de la tisane de houblon pour boisson.

Les onctions mercurielles pratiquées sur les régions temporale et sourcillière, sur les paupières, nous ont été d'un grand secours ; nous les avons toujours continuées jusqu'à la disparition complète des nodosités des rebords palpébraux.

Jamais nous n'avons fait usage des collyres liquides ; nous n'avons employé que les collyres mous soit au précipité rouge, soit aux fleurs de zinc. Je les formule habituellement de la manière suivante :

Pr. : Précipité rouge gr. ij — iv — viij.
Axonge et huile d'olives, *ana* ʒjs.
M. exactement.

Pr. : Fleurs de zinc gr. ii — vj — x.
Axonge et huile d'olives, *ana* ʒjs.
M. exactement.

Ainsi préparés, ces collyres ont l'avantage de rester durant un temps convenable en contact avec les parties sur lesquelles ils doivent exercer leur action. Celui au précipité rouge est employé à titre de résolutif, mais est surtout destiné à ramollir les croûtes pour en faciliter la chute ; en se servant d'eau tiède, de décoction de guimauve, d'huile d'amandes douces ou d'olives, on enlève fréquemment des cils avec les croûtes qui les entourent, on fait presque toujours saigner les ulcérations, on ouvre les pustules qu'elles recouvrent, et on aggrave ainsi le mal ; les ulcérations, je les touche avec la solution concentrée de nitrate d'argent cristallisé ; j'agis de même sur le fond des pustules, après l'avoir mis à nu. Je cherche à en prévenir le retour en appliquant une fois par jour de la pommade au nitrate d'argent sur la crête palpébrale, et en faisant entretenir la propreté des bords palpébraux au moyen de l'application répétée de cinq en cinq heures du collyre au précipité rouge ; je donne la solution de sulfate de zinc ou de sublimé pour laver les yeux, recommandant bien de ne jamais les nettoyer à l'eau tiède.

Pour ce qui est du collyre aux fleurs de zinc, je ne le prescris que dans les cas de prurit et de démangeaison des bords palpébraux ; une ou deux applications *matin* et *soir* pendant deux ou trois jours sont suffisantes. Je reviens alors au collyre mercuriel.

La moyenne de la durée du traitement a été de trente-neuf jours pour les enfants, de quarante-trois pour les adultes. La guérison a été complète chez tous.

B. *Blépharites ciliaires.* Toutes étaient à l'état d'ulcération, accompagnées de prurit, de démangeaison, et dataient de six mois à six années. L'attouchement des ulcérations avec la solution de nitrate d'argent, le collyre au précipité rouge, celui aux fleurs de zinc lorsqu'il y avait prurit et démangeaison nous ont fait triompher de tous les cas qui se sont présentés.

C. *Blépharites granuleuses.* Deux des malades affectés de granulations palpébrales étaient des militaires en congé ; les trois autres avaient des frères actuellement sous les armes et ayant été anciennement renvoyés dans leurs foyers comme convalescents d'ophthalmie. Dans ces cinq cas, les granulations étaient vésiculeuses ; les deux premiers avaient été cautérisés aux paupières inférieures qui étaient saines, mais on n'avait point touché aux supérieures ; chez les trois autres, les quatres paupières étaient granuleuses.

Digitized by Google

Deux malades étaient des vidangeurs qui présentaient l'un des granulations cartilagineuses, l'autre des granulations charnues ; ils avaient été atteints d'ophthalmie des vidangeurs et la perte de la vue survenue chez quelques-uns de leurs confrères les avait engagés à prendre un autre état ; tous deux étaient employés depuis plus de six mois au déchargement des bâteaux de houille, au bassin du canal de Charleroi, à la porte de Flandres. Ils ne souffraient des yeux que par les grands vents.

Nous avions affaire dans tous ces cas à des blépharites granuleuses sans aucune complication. Nous avons d'abord fait usage de la pommade noire du dispensaire (5 gr. azotate acide d'argent par gros d'axonge) introduite chaque jour entre les paupières. L'œil une fois préparé à l'action du caustique, la solution du sel d'argent (dans eau, p. ég., en poids) a été portée de deux jours l'un sur la muqueuse granulée de l'une des paupières, de manière à ne jamais toucher la même que tous les quatre jours. Dans l'intervalle des cautérisations, le collyre rouge (1 scrupule précipité rouge sur axonge et huile d'olives, de chaque 1 gros) a été appliquée entre les paupières, matin et soir.

Lorsque les quatre paupières sont granulées, je commence d'abord par agir sur celles d'en bas.

En général, je continue la cautérisation jusqu'à ce que la muqueuse palpébrale soit remplacée par un tissu de nouvelle formation, luisant, éclatant. J'obtiens aisément ce résultat avec la solution, parce que je peux alors conduire, graduer l'action du caustique selon que je la veux plus ou moins forte dans tel ou tel lieu ; tandis qu'avec la pierre infernale il est impossible à moins d'être doué d'une excessive dextérité de déterminer à l'avance l'effet que l'on produira, ce qui fait que l'on creuse çà et là des sillons qui constituent des brides fort gênantes pour les malades. Ces brides, nous les avons vues produire le symblepharon, l'ectropion, l'entropion, le trichiasis. Ces raisons seules suffiraient pour motiver notre préférence pour les caustiques liquides ; mais elle n'existerait point, que nous ne pourrions jamais déterminer la classe ouvrière à se soumettre à l'attouchement avec le nitrate d'argent en crayon, tant est grande la prévention qu'ont fait naître contre cet agent les applications maladroites, intempestives, inintelligentes pratiquées par un grand chirurgien de la capitale.

Et d'ailleurs, si vous cautérisez avec la pierre infernale, et que vous ayez affaire à des ouvriers, comme c'est le cas à notre dispensaire, ils seront forcés d'interrompre leurs travaux ; la fluxion oculaire ne se dissipe qu'après vingt-quatre heures au moins, l'eschare ne se détache pas avant trente-six. En faisant usage de la solution appliquée avec un pinceau, que l'on imbibe plus ou moins fortement, selon que l'on veut cautériser plus ou moins profondément, les malades peuvent se remettre au travail deux heures plus tard, l'eschare se détache après douze ou quinze heures, la résolution s'opère avec la plus grande promptitude.

Une remarque bien importante, et qui ressort des expériences de M. Breyer, c'est que jamais la solution, même concentrée, ne blanchit la cornée, à moins qu'elle ne soit le siége de quelque altération morbide. J'engage vivement mes confrères à vérifier cette assertion ; elle a d'importantes conséquences pour la pratique. Ce fait met aussi à néant cette objection des partisans de la cautérisation par la pierre infernale, que les caustiques liquides produisent des troubles cornéens, parce qu'en cautérisant la paupière supérieure, l'eau, en vertu de son propre poids, vient en contact avec la cornée ; chose tout à fait impossible, à moins de mouiller hors mesure le pinceau dont on se sert.

Le succès que nous avons obtenu dans le traitement des granulations a été prompt ; nous avons trouvé la confirmation de ce qui a été avancé au sujet de la facilité avec laquelle les vésiculeuses disparaissent sous l'action des caustiques. Quatre attouchements à chaque paupière ont suffi, terme moyen, pour amener la guérison. Il arrive un temps où il ne faut plus de perte de substance ; la pommade au nitrate doit alors remplacer la cautérisation ; son usage alterné avec le collyre mou au précipité rouge, exerce un effet résolutif remarquable.

Le malade porteur de granulations cartilagineuses a été soumis d'abord à cinq cautérisations, une par jour, avec l'acide phosphorique ; les aspérités conjonctivales ont ainsi été dénudées, et la solution de sel d'argent a alors été mise en usage, conjointement avec un collyre mou au sulfate de zinc, celui au précipité rouge n'ayant pu être supporté. Ce dernier a également exaspéré l'état de l'ouvrier atteint de granulations charnues ; le sulfate de zinc a seul été supporté dans l'intervalle des cautérisations, qu'une trop forte exubérance en haut nous a forcé de faire précéder de l'excision. L'état de ce malade était si satisfaisant qu'il nous a été impossible de lui faire comprendre la nécessité de se faire guérir radicalement ; il a cessé de se présenter à la clinique bien qu'il conservât encore quelques granulations aux paupières supérieures.

D. *Blépharites érysipélateuses.* Un enfant de deux ans nous a été présenté dans les premiers jours de juillet, porteur d'un érysipèle des paupières avec œdème de la paupière supérieure droite ; des squames blanchâtres, entourées d'une sécrétion de lymphe jaunâtre, visqueuse, recouvraient les paupières inférieures ; du reste peu de tension et de douleur, paupières fermées, globe sain. Des onctions pratiquées tous les quarts d'heure avec gros comme une noisette d'onguent mercuriel, procurèrent une guérison complète en quatre jours ; quelques petites ulcérations existaient aux angles externes, une solution de sublimé en procura la cicatrisation au bout de quarante-huit heures.

§ III. Tumeurs du sac lacrymal.

Les trois malades qui sont venues réclamer nos soins pour cette affection du sac lacrymal, étaient des femmes qui avaient été en proie à des ophthalmies catarrho-scrofuleuses ; la muqueuse palpébrale était recouverte, surtout en bas, de granulations charnues, sécrétant du muco-pus; cette sécrétion qui se faisait aussi dans le sac, est pour moi un indice certain de l'état granuleux de la muqueuse qui le tapisse; je n'ai jamais ouvert un sac affecté de blennorrhée sans l'examiner avec soin, et sans le trouver ainsi modifié dans sa texture. La destruction des granulations palpébrales a été opérée au moyen de la solution de nitrate d'argent cristallisé, des injections ont été pratiquées tous les jours par les points lacrymaux, en employant une solution de sel d'argent très-faible d'abord (1 gr. par once d'eau), et dont la force a été graduellement portée à six grains.

Comme nous avions affaire à des femmes scrofuleuses, nous avons donné l'iodure de potassium à l'intérieur, nous avons recommandé un régime sec et tonique.

Chez ces trois malades la tumeur n'existait que d'un côté ; deux n'étaient affectées que depuis six mois, une depuis six années. La cure n'a pas exigé plus de temps chez cette dernière que chez les deux autres. La durée du traitement a été d'environ 45 jours.

§ IV. Ectropion sénil.

Deux vieillards, l'un de 79 ans, l'autre de 82, nous ont offert des exemples d'extroversion palpébrale due à la paralysie sénile de la partie inférieure des muscles orbiculaires. L'état cachectique, l'âge avancé de ces malades nous ont empêchés de tenter l'opération, le seul moyen qui eût été capable de ramener les paupières inférieures dans leur position normale. Nous avons dû nous borner à chercher à produire quelque amélioration dans l'état des conjonctives, qui étaient soumises depuis plus de quatre années à l'action de l'air et des agents extérieurs, et étaient converties en une masse inégale, sarcomateuse. Ce n'était pas ici le cas de recourir aux frictions irritantes, strychninées, etc. L'amélioration que nous avons obtenue a été presque nulle.

§ V. Entropion.

Le premier cas d'entropion que nous avons eu à combattre, mérite d'être rapporté tant à cause de la forme qu'il présentait, que du nouveau mode opératoire que j'ai mis en usage pour sa guérison.

Obs. I. — Le nommé Chapelle, Jean-Joseph, âgé de 56 ans, tempérament lymphatico-sanguin, imprimeur sur coton, demeurant Cul-de-Sac des Minimes, n° 4, a perdu la vue de l'œil gauche il y a une trentaine d'années, à la suite d'une fracture du frontal occasionnée par un coup de pied de cheval. Il y a quatre ans, il a contracté une ophthalmie rhumatismale qui a été combattue par quelques applications de sangsues, des lotions émollientes et un vésicatoire derrière l'oreille droite!!.. Un trichiasis s'est développé, s'est bientôt compliqué d'entropion, et Chapelle a perdu l'usage du seul œil qui lui restait. Depuis plus de trois années qu'il est privé de la vue, il s'est adressé à plusieurs chirurgiens de Bruxelles ; on lui a prescrit des pommades, des collyres, et son état n'a fait qu'empirer.

Le 14 juillet, il s'est présenté pour la première fois à la consultation, dans l'état suivant : l'œil gauche est terne et en voie d'atrophie ; il existe de nombreuses et volumineuses granulations charnues à la paupière inférieure et à la supérieure; sécrétion muco-purulente assez forte. — A droite, l'œil est fermé; la paupière inférieure est renversée en dedans; en la ramenant dans sa position normale à l'aide des doigts, comme on agit habituellement pour abaisser la paupière, M. Cunier constate que les cils sont enveloppés dans un double roulement de la peau, ce qui fait que deux ou trois d'entre eux seulement, peuvent venir en contact avec la cornée. Un pus épais était contenu dans ce redoublement palpébral ; la conjonctive était le siége d'excroissances fongueuses, inégales. La conjonctive de la paupière supérieure était recouverte de granulations charnues, plus développées aux angles. — La cornée était entièrement vascularisée, sans être déformée ; cet état rendait la vision totalement impossible.

Le malade souffrait beaucoup depuis quelques jours ; l'écoulement muco-purulent n'existait à un degré marqué que depuis une semaine. Il y avait constipation, douleurs atroces dans l'œil, plus fortes vers le soir; insomnie, absences de selles depuis quatre jours.

M. Cunier procéda immédiatement à l'arrachement des cils; la pommade noire fut introduite entre les paupières dans le but d'arrêter la sécrétion des conjonctives. La paupière renversée fut maintenue en place au moyen d'un bandage compressif fait de bandelettes de sparadrap. Pilules purgatives avec le calomel; bain de pieds sinapisé le soir.

Le 16. Le malade a eu plusieurs selles ; il a passé une bonne nuit. Il n'y a plus de sécrétion à gauche ; elle est moindre à droite, bien que le bandage ait été impuissant à empêcher le renversement de se montrer de nouveau.

M. Cunier produit à l'aide de l'acide sulfurique concentré une eschare en demi-lune, à convexité supérieure et à concavité inférieure, dans le but de déterminer une cicatrice destinée à s'opposer au renversement. Des compresses froides furent appliquées durant vingt-quatre heures, afin d'éviter les acci-

Digitized by Google

dents inflammatoires. Pilules purgatives, pédiluve sinapisé.

L'eschare se détacha le troisième jour ; bien que la perte de substance fût considérable, large de plus de deux lignes en son centre, la paupière commença dès lors à reprendre son ancienne position ; le huitième jour la cicatrisation était complète, et l'entropion persistait, mais cette fois sans roulement de la peau palpébrale: M. Cunier prit alors la résolution de mettre en pratique dans ce cas un procédé opératoire qui n'a pas encore été décrit, et que lui seul a mis en usage jusqu'à ce jour.

Voici ce procédé, aussi simple qu'efficace.

La paupière étant remise en place, on produit dans la peau externe un pli d'une dimension convenable pour qu'il soit suffisant pour empêcher le renversement ; ce pli est produit au moyen de la pince à entropion de M. Cunier. Des épingles à insectes, dites de Carlsbad, sont passées à travers ce pli, en y comprenant quelques fibres de l'orbiculaire. Ces épingles une fois posées, on étrangle autour d'elles la peau palpébrale, et pratiquant avec du fil ciré, l'entortillement comme pour la suture. Ce temps fini, on excise avec des ciseaux le morceau de peau que l'on a étranglé.

Chez Chapelle, M. Cunier a appliqué trois épingles ; des fomentations froides ont été pratiquées durant vingt-quatre heures. Il ne s'est manifesté aucune inflammation, et le cinquième jour les épingles sont tombées, laissant trois cicatrices adhérentes, d'une ligne de diamètre, au plus, et suffisantes pour retenir la paupière dans sa position normale.

Le 8 août, M. Cunier commença à agir sur la dégénérescence des conjonctives palpébrales, par la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent. Sous l'influence de la cautérisation et de l'emploi du collyre rouge du dispensaire, la vascularisation de la cornée devint de jour en jour moindre. Le 14, Chapelle, qui était aveugle depuis quatre années, pouvait parfaitement se conduire, et venait sans guide au dispensaire.

Entre temps, la diathèse rhumatismale avait été combattue par l'iodure de potassium ; la santé générale s'améliorait tous les jours.

Le 30 août, le pannus vasculaire avait totalement disparu ; cependant la cornée ne reprenait point sa transparence, restait terne. Le laudanum commença à être instillé tous les deux jours. Ce traitement eut pour effet de ramener de plus en plus l'éclat de la cornée. Aujourd'hui le malade est dans l'état le plus satisfaisant, et nul doute que nous ne réussissions à rendre à la cornée toute sa transparence. Chapelle distingue le caractère petit-romain, il voit fort bien à la distance de vingt pas, et c'est là un bien beau résultat, si on se rappelle que cet homme était aveugle depuis quatre années.

(*Recueillie par M. Breyer.*)

Le procédé que j'ai mis en usage chez Chapelle est neuf ; j'en dois l'idée à mon habile ami M. le docteur Stiévenart, chirurgien de l'institut ophthalmique provincial de Mons. Ce confrère emploie comme méthode générale dans le traitement de l'entropion, l'excision d'un lambeau cutané ; mais la grande difficulté que l'on éprouve ordinairement pour appliquer les aiguilles après que le lambeau a été enlevé, lui a suggéré l'idée de procéder autrement qu'on ne le fait habituellement. Comme dans ma méthode, il commence par soulever un pli de peau palpébrale, puis il implante ses aiguilles ; mais au lieu de placer comme moi le fil à suture pour produire des cicatrices adhérentes, il enlève le lambeau soulevé, et réunit ensuite en pratiquant la suture entortillée sur les aiguilles placées d'avance. La seule différence qui existe entre le procédé de M. Stiévenart et le mien, c'est que lui produit une perte de substance parallèle au bord palpébral, tandis que moi j'enlève plusieurs petits lambeaux de peau et que je produis plusieurs adhérences entre les téguments externes et le muscle orbiculaire. Ma manière d'agir est plus simple, pas du tout douloureuse, et comme il ne s'écoule point de sang, elle n'est nullement effrayante pour les malades, et ce qui mérite d'être noté, c'est que si l'on s'aperçoit que les points placés n'opposent pas une résistance convenable, on peut sans aucune espèce d'inconvénient en appliquer de nouveaux entre les autres.

Je consignerai ici la relation des deux cas suivants, que j'ai aussi combattus avec succès par la même méthode.

Obs. II. — La nommée Deroy, Jeanne, ouvrière de fabrique, âgée de 55 ans, demeurant rue St.-Ghislain, inscrite sous le n° 72 au registre du dispensaire, s'est présentée le 21 juillet dans l'état suivant :

Les deux paupières inférieures sont renversées en dedans, les cils sont en contact avec le globe ; les deux paupières supérieures sont dans le même état. Il y a spasme palpébral. Une sécrétion séro-purulente baigne les deux yeux ; les cornées sont entièrement vascularisées. La vue est totalement abolie. Cet état existe depuis une année, et est survenu à la suite de l'application de vésicatoires sur les paupières dans une ophthalmie aiguë. La face était bouffie, les paupières érodées ; la malade ne dormait plus, était dans un état de faiblesse extrême.

M. Cunier enlève les cils des quatre paupières renversées, prescrit une once d'huile de ricin à prendre le lendemain matin, fait appliquer un vésicatoire au bras.

Le 22, il pratique à la paupière supérieure gauche quatre points de suture, et comme dans ce cas le renversement était évidemment dû à la contraction des orbiculaires, il s'attacha à comprendre dans son anse la plus forte portion possible de ce muscle.

Des fomentations froides furent pratiquées toute la journée et durant la nuit. Une once d'huile de ricin, pédiluve sinapisé le soir.

Le 28, les épingles sont tombées ; la paupière cesse d'être portée en dedans ; sa partie externe seule tend à reprendre sa position vicieuse, et les cils qui la garnissent sont en contact avec le globe. M. Cunier ne crut pas devoir recourir à une nouvelle application d'épingles ; il préféra produire une légère eschare avec l'acide sulfurique.

Le 3 août l'entropion de la paupière supérieure gauche était radicalement guéri ; la cornée avait considérablement perdu de sa vascularisation sous l'influence du collyre rouge dont il avait été fait usage, et la malade y voyait assez pour se conduire et traverser la ville pour venir au dispensaire.

Restait encore à ramener les trois autres paupières dans leur position naturelle ; on commença par la paupière inférieure gauche. L'application de trois épingles fut suffisante. Le 15 août, l'état de cet œil était si satisfaisant, que la malade put reprendre le travail qu'elle avait abandonné depuis une année. Son état général s'améliorait de jour en jour.

Les cils de l'œil droit étaient arrachés de temps à autre, et M. Cunier se proposait de faire cesser le renversement par l'opération, lorsque dans les premiers jours de septembre, cette femme, qui avait repris le travail de fabrique sans trop consulter ses forces, contracta une fièvre typhoïde qui la retint chez elle pendant plus de vingt jours. Le 30 septembre elle s'est présentée de nouveau au dispensaire, et elle sera opérée au premier jour.

(*Recueillie par M. Breyer.*)

Obs. III. — La femme Van Campenhout, âgée de 50 ans, habitant rue du Renard, n° 7, inscrite au registre sous le n° 139, était privée de la vue depuis plus de trois années, lorsqu'elle s'est présentée au dispensaire le 24 août 1840. Les paupières étaient œdémateuses et renversées en dedans, les cils en contact avec les globes ; la peau renversée était érodée, offrait un aspect muqueux. L'œil droit était atrophié ; la cornée du gauche était vascularisée ; cet état était la suite d'une ophthalmie scrofuleuse. Douleurs aiguës par intervalle, insomnie, constipation habituelle.

Les cils ont été arrachés aux quatre paupières ; un purgatif a été prescrit. Deutochlorure de mercure, gr. iij, eau distillée ℥ ij, pour lotions.

Le 27, la malade est dans un état plus satisfaisant ; elle a dormi, repris de la gaîté. On lui prescrit une once sulfate de magnésie.

Le 31, l'œdème palpébral est entièrement dissipé. On pratique l'opération à la paupière supérieure gauche ; quatre épingles sont appliquées ; M. Cunier a soin de comprendre dans l'anse le plus qu'il peut des fibres de l'orbiculaire, dont la contraction spasmodique est manifeste.

Le 7 septembre, les épingles étaient tombées ; la résistance des cicatrices était suffisante pour s'opposer au retour de l'entropion. La femme Van Campenhout pouvait déjà se conduire ; elle avait repris ses occupations de ménage, elle faisait sans guide plus de vingt minutes de chemin à travers le quartier le plus encombré de fiacres et d'équipages pour venir à la consultation.

L'état muqueux de la portion de paupière inférieure renversée porta M. Cunier à attendre pour recourir à l'opération ; il s'attacha seulement à combattre la diathèse scrofuleuse par le calomel à dose réfractée d'abord, puis par l'iodure de potassium.

Le 29 septembre, deux épingles ont été implantées à la paupière inférieure gauche ; aujourd'hui 1er octobre, tout annonce que la tentative sera couronnée de succès.

Comme l'entropion de l'œil droit se trouvait compliqué de symblépharon postérieur, nous avons préféré chercher à déterminer un ankylo-blépharon qui enlèvera à la malade les souffrances qu'elle endure ; toute opération eût certainement été inutile.

(*Recueillie par M. Breyer.*)

Voilà donc trois malades privés de la vue depuis plusieurs années, guéris par une opération des plus simples, nullement douloureuse ; j'ai eu le plaisir de les faire voir à plusieurs confrères, entre autres à M. le professeur Blasius, de Halle, à M. Wilde, de Dublin, etc. ; tous ont admiré le beau résultat que j'avais obtenu. J'entrerai ailleurs dans de plus longs détails sur cette nouvelle méthode pour la guérison de l'entropion.

§ IV. Trichiasis.

Madame Urbain, marchande de poisson, âgée de 51 ans, s'est présentée le 16 septembre ; elle était affectée d'un trichiasis compliqué de blépharite glanduleuse ulcérée, avec photophobie ; écoulement muqueux abondant. Les cils déviés ont été arrachés, puis nous nous sommes occupés du traitement de la blépharite, et la guérison une fois obtenue, les nouveaux cils ont pris une direction normale.

§ VII. Brulure des paupières et du globe de l'oeil.

Ce fait mérite d'être rapporté avec détail :

Obs. IV. — Le nommé Pirard, Joseph, âgé de 22 ans, d'une constitution forte et robuste, ouvrier mécanicien, demeurant rue du Renard, n° 7, est venu pour la première fois à la consultation le 3 septembre ; il a été inscrit sous le n° 160. Huit jours auparavant, un morceau de fer en ignition avait été projeté entre les paupières de l'œil droit, avait frappé sur le segment externe de la cornée, dans une étendue d'une ligne environ, avait labouré la conjonctive scléroticale et était allé se fixer dans

Digitized by Google

la conjonctive palpébrale supérieure, derrière le bord supérieur du cartilage tarse. Un autre éclat de fer, également en ignition, avait été lancé contre la peau de la paupière supérieure, et y avait occasionné une brûlure de huit lignes de longueur sur trois de hauteur.

Le malade s'était rendu, immédiatement après l'accident, au bureau de consultations gratuites de la rue de Nuit-et-Jour, où des fomentations froides lui avaient été prescrites pour tout traitement. Son état s'étant plutôt aggravé qu'amélioré, il vint réclamer les soins de M. Cunier.

La paupière était fortement œdémateuse; la plaie qui existait à sa surface externe présentait tous les caractères d'une brûlure au troisième degré; un pus assez abondant et de bonne nature s'en écoulait.

Un chémosis séro-sanguinolent formait bourrelet sur la cornée dans presque toute son étendue; on découvrait dans le segment externe de cette membrane et dans la conjonctive scléroticale, un sillon gris-blanchâtre, en suppuration, qui marquait la trace suivie par le morceau de fer; l'endroit où il s'était arrêté était recouvert d'un bourrelet, et l'effort tenté pour retrousser complétement la paupière supérieure en fit sortir spontanément ce corps étranger. — Photophobie, photopsies, léger écoulement muco-purulent, douleurs pongitives dans le fond de l'orbite, et à la région frontale; insomnie, dégoût des aliments.

M. Cunier scarifie profondément à l'aide de la lancette, la conjonctive palpébrale et la conjonctive scléroticale chémosée; il prescrit quatre sangsues à appliquer dans l'intérieur des narines, et quinze pilules d'un tiers de grain calomel avec un huitième poudre de feuilles de belladone, à prendre dans la journée. Onctions mercurielles belladonées. Pansement de la brûlure externe avec une pommade au précipité rouge.

Le 4, il y a un soulagement notable; le chémosis est presque réduit, la photophobie, les photopsies, et la douleur ont cessé; l'œdème palpébral reste le même. — Nouvelle application de sangsues, nouvelles scarifications. Une once et demie de sulfate de soude, à prendre en deux fois. Onctions mercurielles belladonées sur la tempe. Lotions sur l'œil avec l'eau de Goulard. Le collyre mou au précipité rouge est introduit entre les paupières, mais en faible quantité.

Le 5, le malade peut facilement tenir les paupières ouvertes. La purulence est moins abondante; le chémosis a tout à fait disparu. Nouvelle introduction du collyre rouge.

Le 6, Pirard se trouve en état de reprendre ses occupations; il se présente de nouveau le 15. On le trouve affecté de strabisme en haut et en dehors, et il est facile de constater que cette déviation est due à l'existence d'une bride qui est le résultat de la cicatrisation de la brûlure, et qui unit la conjonctive scléroticale à la palpébrale. La bride a été excisée avec des ciseaux courbes, et immédiatement cautérisée avec le nitrate d'argent pour prévenir de nouvelles adhérences. De trois en trois jours, l'attouchement a été renouvelé, afin de réprimer les fongosités qui se développaient.

Le 10 septembre, le malade est totalement guéri; la plaie externe est entièrement cicatrisée. Pirard n'a conservé de tout son accident qu'une petite cicatrice blanchâtre dans le segment externe de la cornée.

(*Recueillie par M. Breyer.*)

§ VIII. Corps étrangers fixés dans la cornée.

Le nommé Van de Vuurde, Désiré, ouvrier tailleur, est venu nous consulter le 3 juillet, pour une *ophthalmie* que l'on avait diagnostiquée *rhumatismale*, et qui datait de cinq jours. Passant par un grand vent sous la partie de la tour de Ste-Gudule qui est en reconstruction, il avait, *disait-il*, reçu un *coup d'air*, et il lui était devenu en un instant impossible de tenir les paupières ouvertes et de supporter la lumière; un écoulement abondant de larmes était survenu, avec rougeur, et tension du globe. C'est dans cet état qu'il s'était rendu chez un médecin, qui crut reconnaître une sclérotite: partisan des saignées coup sur coup, il fit pratiquer trois évacuations sanguines dans la journée. Il ordonna en même temps des lotions froides sur l'œil.

Le lendemain, il n'y avait pas d'amélioration. Nouvelle saignée. Le surlendemain, application de six sangsues à la tempe.

Le quatrième jour, le malade accuse davantage encore de photophobie. L'application de sangsues est réitérée.

Voyant qu'il n'obtenait aucun amendement sous l'influence du traitement qu'on lui faisait subir, il vint au dispensaire le cinquième jour. La photophobie était encore très-forte et s'accompagnait de blépharospasme; il y avait un léger chémosis séreux. En examinant l'œil, je remarquai que la cornée était fortement injectée, et que quelques troncs vasculaires plus volumineux aboutissaient à un bourrelet chémosique existant dans le segment interne de la cornée, et au milieu duquel se trouvait un corps étranger dont la présence seule avait déterminé l'inflammation que l'on s'était si inutilement escrimé à combattre. A l'aide d'un pinceau trempé dans un mucilage de gomme arabique, il me fut aisé de le détacher du fond de la plaie en suppuration qu'il avait occasionnée. C'était un éclat de bois, large d'un quart de ligne, sur une demi-ligne de longueur, que le malade avait reçu dans l'œil en passant sous la tour de Ste-Gudule.

Un examen attentif de la part du premier médecin eût épargné à Van de Vuurde bien des souffrances.

Je lui prescrivis un collyre au sublimé, avec

Digitized by Google

addition de laudanum, afin de hâter la cicatrisation de la plaie de la cornée. Le lendemain il revint à la consultation ; le chémosis avait totalement disparu, il supportait parfaitement la lumière, et avait déjà pu se rendre à son atelier.

M. le docteur Lequime nous a adressé, le 30 septembre, une fille de la petite ville d'Assche, la nommée Marie-Élisabeth Cuppens (n° 203 du registre) qui nous a offert un cas de corps étranger fixé dans la cornée depuis trois mois. C'était l'enveloppe d'une graine de trèfle qui avait été projetée dans l'œil à l'époque de la première fenaison ; ce petit corps se trouvait enfermé dans un kyste opaque entouré lui-même et parcouru par quelques ramuscules vasculaires. La malade avait beaucoup souffert durant une quinzaine de jours de la présence de ce corps étranger, puis elle avait fini par ne plus s'en apercevoir. Depuis quelque temps, elle en souffrait de nouveau avec intensité, elle supportait difficilement la lumière, lorsque M. Lequime nous l'adressa. Je réussis à extraire la paillette de son logement en me servant d'une aiguille à cataracte avec laquelle j'ouvris le kyste. Je remis à la malade un collyre au sublimé, et elle nous quitta gaie et contente.

§ IX. Pannus vasculaires.

Dans les huit cas que nous avons eu à traiter, la vascularité de la conjonctive de la cornée était la suite de l'ophthalmie de l'armée, contractée au service, ou ayant été communiquée par des militaires en congé de convalescence. Chez sept malades il y avait perte de la vue des deux yeux ; un seulement n'avait qu'un œil perdu. Chez tous, l'affection était due à la présence de granulations à la paupière supérieure, et c'est à détruire ces dernières que je me suis d'abord appliqué ; je me sois ensuite occupé de l'affection de la conjonctive cornéale. J'ai réussi à rendre la vue aux huit malades qui se sont présentés ; un seul a conservé un léger obscurcissement de la cornée. Les deux qui restent en traitement sont en voie de guérison ; voici leur histoire de maladie : on y trouvera exposée la conduite que j'ai tenue dans tous ces cas.

Obs. V. — Le nommé Bucker, Pierre, âgé de 29 ans, serrurier, habitant rue des Tanneurs, n° 40, inscrit au registre du dispensaire sous le n° 167, a été congédié du 1er lanciers, il y a deux ans, pour perte de la vue survenue à la suite d'une ophthalmie purulente.

Le 6 septembre, il est amené au dispensaire dans l'état suivant : sécrétion purulente épaisse baignant les deux yeux, et engagée dans les cils, granulations volumineuses, nombreuses, aux quatre paupières, un réseau de vaisseaux très-fins, juxtà-posés, sur lequel serpentent quelques vaisseaux plus développés, recouvre les deux cornées ; à droite la vision est impossible et on ne peut distinguer la pupille. Du côté gauche, le malade y voit encore pour se conduire d'une pièce à l'autre; parfois il peut même s'occuper à travailler sur de gros objets, mais le toucher l'aide alors autant que la vue.

Le 6 septembre, M. Cunier pratique une légère cautérisation aux paupières inférieures. Collyre rouge.

Le 7, nouvelle cautérisation, en bas, avec la solution forte.

Les 9, 11, 13 et 15, cautérisation des paupières supérieures ; emploi du collyre rouge.

Le 17, les granulations étaient réprimées ; la vascularisation avait presque totalement disparu, laissant une obnubilation offrant tout l'aspect d'un verre dépoli. La vision était considérablement améliorée.

M. Cunier prescrivit alors des insufflations avec la poudre de Baldinger. Le malade les supportant difficilement, elles ont été remplacées le 20 par des instillations journalières de laudanum liquide de Sydenham.

Le 27, l'obscurcissement n'était déjà presque plus apparent, surtout à l'œil droit ; le malade avait pu reprendre le travail de sa profession, et le 20, il avait pu polir un objet d'un fort petit volume. Tout fait présager une cure complète.

(*Recueillie par M. Breyer.*)

Obs. VI. — Madame Orys, âgée de 52 ans, de la commune de Molenbeek-St.-Jean, Stikkelstraet, n° 11, nous a été adressée par M. le docteur Servais, le 20 septembre. Elle est inscrite au registre sous le n° 196. Un neveu, soldat au 1er de ligne, est venu passer chez elle, il y a deux ans, un congé de convalescence pour ophthalmie, et elle n'a pas tardé à être prise d'un mal d'yeux, auquel on a opposé la saignée et les lotions avec l'eau de Goulard, et enfin un séton à la nuque. Rien d'autre n'a été tenté, la malade a perdu la vue depuis deux ans; voici l'état dans lequel elle se trouvait à la date précitée :

Léger écoulement muco-purulent baignant les yeux ; impossibilité de distinguer les objets, quelque rapprochés qu'ils soient ; les deux cornées sont entièrement vascularisées ; celle de droite est déformée et on ne saurait plus reconnaître ses limites et celles de la sclérotique. La conjonctive est granuleuse aux quatre paupières ; mais cette métamorphose est surtout plus prononcée en haut, où elle offre un aspect cartilagineux.

M. Cunier fait introduire entre les paupières la pommade noire du dispensaire et remettre à la malade le collyre rouge dont il sera fait usage matin et soir.

Le lendemain, il cautérise la paupière inférieure droite, avec une solution faite d'une partie de nitrate acide d'argent, sur deux parties, en poids, d'eau distillée. Collyre rouge.

La réaction ayant été insignifiante, nouvelle cautérisation le 22, le 23.

Digitized by Google

Comme il restait peu d'espoir d'améliorer l'état de l'œil gauche, M. Cunier ne s'en occupa pas autrement qu'en faisant introduire de deux jours l'un la pommade noire.

Le 24, cautérisation de la paupière supérieure droite. La vascularisation s'efface visiblement. Le 26, 27, idem.

Le 28, le mieux est tel que l'on distingue aisément la pupille, et que la malade reconnaît les objets. Cautérisation en haut avec la solution forte.

Le 30, la malade est venue seule du faubourg de Flandres au dispensaire; rien n'égale son contentement. — La conjonctive de la paupière supérieure ne conserve plus de rugosités; elle est partout égale sans être polie. M. Cunier estime que quelques attouchements sont encore nécessaires, et que les instillations de laudanum rendront à la cornée assez de transparence pour permettre à la malade de lire en s'aidant de lunettes, et surtout de se livrer à ses occupations de ménage. M. Servais, présent à la consultation, témoigne toute son admiration pour le résultat obtenu.

L'usage de l'onguent noir a aussi considérablement amélioré l'état de l'œil gauche: la limite scléro-cornéale est facilement distinguée; le centre de la cornée s'est éclairci et permet de reconnaître la pupille. Pour la première fois, les granulations, déjà diminuées de volume, sont cautérisées le 30. Selon toute apparence, la vision sera rendue aussi de ce côté.

(Recueillie par M. Breyer.)

Les résultats de notre traitement ont été aussi heureux et non moins remarquables chez nos six autres malades. Une servante qui m'avait été adressée par M. Seutin, la nommée Perrette, Joséphine, qui avait perdu la vue de son œil droit dont la cornée était entièrement vascularisée, a cessé de se représenter conservant encore au centre de cette membrane une légère opacité que la pommade iodurée, dont elle aura sans doute continué l'usage, aura probablement fait disparaître. Nous avions précédemment employé, après la destruction des granulations, les instillations d'huile de foie de morue et de laudanum.

§ X. Pannus celluleux.

Sur les trois enfants que nous avons eu à traiter, un avait perdu la vue des deux yeux, les deux autres d'un œil seulement. Un de ces derniers ne s'est présenté que deux fois. L'obscurcissement de la cornée était le résultat de fréquentes atteintes d'ophthalmie catarrho-scrofuleuse; un cercle de vaisseaux s'avançait sur la cornée jusqu'à une ligne environ de son union avec la sclérotique. J'ai combattu la diathèse scrofuleuse par le calomel, l'iodure de potassium, et quelques autres moyens généraux; des instillations ont été pratiquées d'abord une fois par jour, puis matin et soir avec l'huile de foie de morue; vers la fin du traitement, j'ai fait alterner les introductions d'huile avec celles de laudanum. L'histoire des deux malades que nous avons guéris n'offre aucune particularité digne d'être notée. L'affection datait chez l'un de huit mois, chez l'autre de six; la durée du traitement a été pour l'un et pour l'autre d'environ 35 jours.

§ XI. Néphélions.

Cette affection, confondue à tort par plusieurs oculistes avec le pannus celluleux, dont elle diffère en ce qu'au lieu d'avoir comme ce dernier, son siège dans la conjonctive cornéale elle-même, elle existe entre celle-ci et la cornée, s'est présentée chez deux malades qui vinrent réclamer nos soins en août. Chez tous deux le néphélion n'occupait qu'un seul œil, et était le résultat d'une kératite traumatique chez des sujets scrofuleux. L'huile de foie de morue instillée matin et soir entre les paupières, le collyre au précipité rouge, en ont fait justice en moins de vingt jours. La tache leucomateuse, formée par la cicatrice laissée par la plaie qui avait été occasionnée dans le segment inférieur et externe de la cornée chez un de ces malades, a seule persisté.

§ XII. Leucoma.

Le sujet atteint de leucoma a été affecté d'ophthalmie de l'armée; les taches occupent le centre de la cornée, et sont le résultat de l'ouverture d'abcès superficiels; la vue est presque impossible. J'ai recours à la pommade d'hydriodate de potasse préconisée par Chélius (5 gr. sur 2 gros axonge); je ne désespère point de voir ce moyen couronné de succès, parce que chez notre malade il n'y a ni enfoncement, ni proéminence dans la partie leucomateuse. J'ai beaucoup fait usage dans ma pratique de ce moyen à l'exclusion de tous les autres; j'ai vu disparaître presque entièrement des taches leucomateuses que je croyais incurables; il n'est resté, dans la plupart des cas, que la cicatrice elle-même, apportant alors peu d'obstacle à la vision. Que l'on ne s'imagine pas arriver bien vite à un résultat favorable; la plus grande persévérance est indispensable. Au bout d'un certain temps, l'œil ne réagit plus sous l'action du collyre; il faut alors élever la dose d'hydriodate, qui peut être hardiment portée à 15 gr. par gros; il est plus convenable d'employer partie égale d'huile d'olives et d'axonge, que cette dernière seule. Ainsi préparé le collyre est plus facilement appliqué, plus longtemps retenu entre les paupières. Il faut toujours le préparer en fort petite quantité, car il s'altère très-promptement.

Digitized by Google

suivi jusqu'au mois de novembre 1837 sans diminuer en rien la gravité des accidents, et lorsque je vis le malade pour la première fois il m'assura avoir consommé 48 bouteilles de rob et 96 boîtes de mixture.

A ma première visite (19 novembre 1847), le malade se plaignait de douleurs excessivement vives, s'exaspérant pendant la nuit, sur le trajet du tibia droit. La jambe était très-gonflée, violacée, chaude et très-sensible : la face antérieure du tibia avait une largeur à peu près double de celui du côté opposé et sa surface était parsemée de petites exostoses de la grosseur d'une noisette. Dans les intervalles de celles-ci l'os était devenu rugueux, et le tissu cellulaire sous-cutané quoique moins extensible que celui de la partie correspondante du côté opposé, avait néanmoins conservé assez de liberté pour permettre encore le glissement de la peau sur l'os malade.

M. S...... éprouvait en outre dans l'hypochondre droit une douleur sourde et profonde. Le foie se prolongeait en bas jusqu'à l'ombilic et en dedans il s'étendait jusque dans l'hypochondre gauche ; il était bosselé et douloureux à la pression. Le ventre était un peu météorisé, très-sensible dans la région hypogastrique ; il y avait un léger épanchement dans la partie la plus déclive de l'abdomen ; les selles étaient rares, consistantes, foncées. La mixture s'opérait avec difficulté, sans douleur, les urines n'offraient rien de particulier. La peau était sèche et d'une légère teinte ictérique ; un mucus épais, blanchâtre, recouvrait la base de la langue, la soif était modérée, l'appétit augmenté mais, quelques heures après les repas il survenait des éructations, des pesanteurs à l'estomac et des nausées. Je prescrivis dix-huit sangsues sur les parties latérales du trajet du tibia, cataplasmes émollients avec addition de laudanum et liqueur de Sydenham, régime végétal.

Quelques jours après, l'inflammation des parties molles était beaucoup diminuée, mais les douleurs ostéocopes persistaient. Me rappelant les beaux succès que j'avais vu obtenir par M. Ricord à l'hôpital du Midi, au moyen du vésicatoire appliqué loco dolenti, je fis également usage de ce remède. Le lendemain après avoir enlevé l'épiderme dans une étendue de quatre pouces de long sur deux de large, j'appliquai sur la partie dénudée deux gros d'onguent mercuriel et par-dessus, un large cataplasme que je recommandai de renouveler trois fois par jour. Les douleurs ostéocopes disparurent comme par enchantement, et au bout de deux jours le malade, qui, depuis neuf mois n'avait plus goûté un instant de repos, put se livrer à un sommeil profond et bienfaisant. Je fis continuer les mêmes moyens pendant dix jours en y ajoutant une tisane de salsepareille. Pendant ce laps de temps le foie subit un retrait d'un pouce dans tous les sens. Le seizième jour, les douleurs reparurent, mais beaucoup moins fortes que les premières ; un deuxième vésicatoire suivi d'onguent napolitain et de cataplasmes en fit bientôt justice. Peu à peu le volume de l'os, des exostoses diminua, et au bout de trente-cinq jours les exostoses avaient disparu et les dimensions du tibia n'excédaient plus que de quelques lignes celles du même os du côté opposé. Un mois après le malade put se servir de ce membre aussi facilement que de l'autre.

Sous l'influence du calomel à dose purgative, le foie perdit en dix jours tout son volume morbide. Depuis lors M. S...... est rentré dans ses fonctions; il a pris un très-grand embonpoint, et dit n'avoir jamais été mieux portant que maintenant.

J'ai tracé avec quelque détail cette observation, non pas que je croie que les affections de ce genre sont rares (car Dieu sait combien de malheureux gémissent sous leur influence) mais parce qu'il m'a paru utile de fixer l'attention des praticiens sur un moyen thérapeutique dont l'efficacité dans les maladies syphilitiques a dans ces derniers temps été trop souvent contestée par un esprit de parti ou de doctrine.

Je ne sais si c'est par faute d'attention ou par quelqu'autre motif que plusieurs praticiens d'un très-grand mérite d'ailleurs, non-seulement refusent aux mercuriaux la propriété de guérir la syphilis, mais attribuent même à ces moyens héroïques tous les accidents consécutifs du chancre. Suivant eux le mercure est un remède infidèle, qui ulcère la langue, détruit les gencives et fait tomber les dents, produit des convulsions, des aliénations mentales, la phthisie pulmonaire, s'amasse dans les os, désorganise leur tissu, cause des douleurs ostéocopes, etc., etc.

Pendant bien longtemps ce reproche a été *fondé*, lorsqu'on avait la fausse et pernicieuse idée que la salivation était une crise salutaire, et un signe assuré d'une parfaite guérison, mais aujourd'hui que nous savons ce qu'une pareille pratique a produit de funeste, et que l'expérience et l'observation nous ont appris à limiter les doses de ce médicament, il n'est guère possible qu'il puisse encore occasionner toutes les lésions que ses adversaires lui attribuent.

Que les mercuriaux ne guérissent pas toujours la syphilis, et qu'administrés par des mains habiles ils donnent souvent lieu à des accidents fort graves; rien de plus vrai (ils ont d'ailleurs cela de commun avec beaucoup d'autres remèdes), mais que pris à doses proportionnées à la maladie et au malade dans des circonstances qui réclament leur emploi, ils produisent, par exemple, des hypérostoses, des exostoses et tout ce que la vérole peut engendrer d'affreux ; je soutiens que c'est là une grave erreur et une accusation imprudente dont les gens à système et à esprit de contradiction se servent pour intimider les malades, mais dont l'expérience de tous les jours nous démontre la fausseté. En ef-

Digitized by Google

Sans partager exclusivement, ni l'opinion de ceux qui veulent toujours confier à la nature le soin d'expulser le placenta, ni celle de ceux qui se hâtent dans tous les cas d'en faire l'extraction; et sans apporter des observations en faveur de l'une ou l'autre opinion; nous ne pouvons méconnaître, que nous avons été étonné de trouver en note dans la traduction de Maygrier et Siebold, par M. J. Keyser (1) « que les anciens accoucheurs avant Mauriceau, étaient fort insouciants dans les cas où la sortie du placenta était retardée, et que dans ces circonstances ils employaient des substances sans action ou ridicules. » On a sans doute oublié que l'art était encore dans son enfance, et le peu de connaissances que l'on possédait alors sur tout ce qui appartenait à l'art de guérir. Je partage plutôt l'opinion d'un autre traducteur de cet ouvrage, le sieur Galma (2) qui s'exprime plus convenablement, et qui ne témoigne pas d'ingratitude pour ces hommes à qui nous devons tant.

En effet, comment peut-on accuser les anciens accoucheurs d'insouciance dans ces cas (en considérant toujours l'état des connaissances à cette époque), quand nous découvrons des préceptes posés par Hippocrate (3), tels que ceux-ci : « de placer la femme sur une chaise de nuit, sous laquelle l'enfant dont le cordon ombilical n'a pas encore été coupé, doit être couché sur de la laine nouvellement tirée, qui elle-même est posée sur des vessies pleines d'eau, afin que, l'affaissement de la laine, ou l'écoulement de l'eau contenue dans les vessies, par de petites ouvertures qu'on y aurait pratiquées, en s'opérant lentement, produisît la tension du cordon et tirât ainsi l'arrière-faix hors de la matrice. Ce qui ne doit pas se faire brusquement mais peu à peu, car autrement on aurait à craindre des suites fâcheuses, en occasionnant par l'arrachement du placenta l'inflammation de l'utérus. » De nos jours ces conseils peuvent paraître futiles, mais ils prouvent cependant avec quelle prudence on procédait alors au décollement et à l'extraction du placenta devenu inutile, et au lieu de considérer ces préceptes comme futiles, nous partageons bien plutôt l'idée de E. C. J. V. Siebold (4), lorsqu'il dit : « cette idée est, il est vrai, toute mécanique, mais elle n'en est pas moins très-ingénieuse. »

Celse (5) dit ce qui suit, au sujet de l'extraction d'un fœtus mort. « Aussitôt que l'enfant est né, il est donné à un des assistants; l'homme de l'art, saisit de la main gauche le cordon ombilical, avec la main droite il suit celui-ci jusqu'au placenta, qui sert intérieurement à élaborer la nourriture de l'enfant. Après avoir saisi ce dernier il l'entraîne lentement hors de la matrice en même temps que les membranes, ensuite il videra la cavité utérine de tout le sang caillé qui s'y trouve. » Von Siebold (1) dit que Celse a très-bien décrit la manière d'introduire la main, il a reconnu, que la valeur des recherches sur l'art des accouchements, ainsi que les règles indiquées à la fin du chapitre sur l'extraction du placenta, et sur les autres soins à donner à la femme en couches, n'étaient pas seulement bonnes pour cette époque, mais qu'en partie elles sont encore employées. »

Aetius (2) faisait une grande différence entre les divers états dans lesquels se trouvait la matrice, lorsque la rétention du placenta dans la cavité utérine devait être prise en considération. « Le placenta n'était-il pas encore détaché de l'utérus, on devait avec la main gauche, préalablement chauffée et enduite d'un corps gras et introduite dans la matrice détacher le placenta peu à peu, et non pas tout à coup ou avec force. »

« Von Siebold (3) pense, qu'une riche expérience a aidé Aetius, qui a donné un grand nombre de bons conseils; c'est ainsi, par exemple, qu'il a conseillé la version par les pieds, ainsi que la conduite à tenir dans les anomalies du placenta, conseils qui ne laissent pour ces temps rien à désirer. »

« Moschion (4) regardait comme avantageux lorsque le placenta suivait immédiatement la sortie de l'enfant. Il conseillait aux sages-femmes, lorsqu'une partie des secondines restait en arrière, d'introduire la main par l'orifice de la matrice s'il était encore dilaté, et d'extraire tout ce qui se trouverait dans sa cavité. Mais si le placenta était encore adhérent à la surface utérine, ou si l'orifice de la matrice était resserré, il fallait en abandonner la séparation à la nature, ou il faudrait faire usage d'injections, et on éviterait les moyens sternutatoires, les pilules emménagogues et autres moyens violents afin de ne pas produire d'hémorrhagie. »

Horn pense que depuis Hippocrate jusqu'à la moitié du siècle dernier, on essayait d'extraire le placenta immédiatement après la sortie de l'enfant. Ruysch conseillait le contraire parce qu'il croyait avoir découvert dans la matrice un muscle qui servait à expulser l'arrière-faix.

Après la lecture de l'intéressant ouvrage de

(1) Zie n° 61, 241 en 242.
(2) *Voll. verzamel. van afbeeldingen van Maygrier en Siebold*, vert. door Galama, bl. 423 en 425.
(3) *De superfœtatione.*
(4) *In zyn voortreffelyk Verzuch einer Geschichte der Geburtshülfe*, § 93, 1839.
(5) J. E. Jaeger, A. Corn. Celsus, 7e en 8e buch von der Arzneykunst 7e b. cap. 29.

(1) T. a. p. s. 145.
(2) Tetrabili. iv. Serm. 4, cap. 24.
(3) T. a. p. s. 216.
(4) De mulieor passione, cap. 53.

centa, et le toucher me fit reconnaître que l'orifice de la matrice était presque entièrement fermée. Comme je ne voyais que peu de sang couler à l'extérieur et qu'à travers les parois abdominales on sentait l'utérus très-développé, je reconnus que j'avais une hémorrhagie interne à combattre. Par l'emploi de moyens excitants, la femme revenait bien à elle-même, mais retombait aussitôt dans le même état. Je fis connaître aux parents le danger dans lequel cette femme se trouvait, et je proposai l'extraction de l'arrière-faix comme l'unique moyen de remédier à des accidents qui pouvaient devenir promptement mortels. Les assistants ne croyant ni à un tel danger ni à une hémorrhagie, s'opposèrent à l'extraction des secondines, se fondant sur la croyance généralement reçue dans ces localités que dans la rétention du placenta on ne devait rien faire. Entre temps l'état de la femme devenait de plus en plus précaire, les syncopes se succédaient, s'accompagnant de spasmes qui en moins d'une heure mirent un terme à son existence.

Profondément peiné, j'abandonnai la maison mortuaire. N'ayant jusqu'alors rencontré aucun obstacle dans la pratique des accouchements, et comme tous ceux où j'avais assisté s'étaient terminés heureusement, j'avais inspiré une grande confiance relativement à mon âge, au point que dans les communes environnantes on me citait comme très-adroit. Cependant ce cas me fit voir que je ne devais pas me laisser aveugler par une trop haute opinion de moi-même, ce qui arrive ordinairement au commencement de la pratique lorsque tout réussit. Ce fut un aiguillon pour que je me famillarisasse de plus en plus avec les cas de ce genre et il me fit sentir la nécessité d'avoir constamment devant les yeux les préceptes de l'art, ce qui cependant s'oublie avec tant de facilité.

Obs. IV. — En 1822, l'épouse de P. L. à P...k, enceinte pour la première fois, s'accoucha naturellement d'une fille, comme le placenta ne suivit pas, l'hémorrhagie qui survint nécessita son extraction par les secours de l'art. Selon ce que me raconta non-seulement la femme mais aussi l'accoucheur qui l'avait aidée, l'extraction du délivre offrit beaucoup de difficultés, car on ne put l'extraire que par morceaux ; cette opération fut suivie de couches longues et dangereuses, et la femme ne se rétablit que lentement. En 1834, se trouvant enceinte pour la seconde fois, elle invoqua mon assistance pour son nouvel accouchement ; à mon arrivée je trouvai la jeune femme à en juger au premier abord, très-hystérique et très-sensible, la figure était pâle, les yeux ternes, éteints et baissés langoureusement. Elle était tranquille, affaissée, et attendait avec inquiétude le moment du part ; du reste, elle se trouvait bien et sa grossesse datait de six mois. Je lui promis mon aide, sous la condition, que si le placenta était adhérent et que je fusse obligé de le détacher, ni elle ni personne ne pourrait me tracer de conduite à tenir, parce que ce n'était pas seulement sa confiance que j'avais à ménager mais celle du public. Ceci m'ayant été promis, je l'encourageai autant que possible, je cherchai ainsi de temps en temps à relever son moral mais je la trouvais toujours tranquille, affaissée, avec les yeux éteints et baissés.

Le 12 décembre, mon assistance fut réclamée et la femme accoucha d'une fille. J'attendais la sortie du placenta, à peine une heure s'était écoulée qu'il se manifesta une hémorrhagie abondante, qui ne céda point aux moyens ordinaires. Par des frictions sur l'abdomen, je produisais bien quelques légères contractions utérines mais pas cependant de nature à pouvoir expulser le placenta. J'étais donc dans la nécessité de l'extraire afin d'éviter de plus graves accidents, mais la femme et les assistants s'y opposèrent. Mes raisons, l'exemple malheureux que j'avais rencontré ne pouvant vaincre leur opposition, je dus donc rester simple spectateur.

Comme l'hémorrhagie augmentait, je laissai employer la liq. stip. et entourer la femme de linges trempés dans l'eau froide, moyen qui avait précédemment été couronné de succès. Les premiers jours de couches se passèrent si bien, que mes avis et mon pronostic furent tournés en ridicule ; l'hémorrhagie ne pouvait selon eux être considérée que comme l'écoulement des lochies; par l'emploi d'aq. menth. tinct. valér. et syr. alth., des onctions externes sur l'abdomen pour faire développer les contractions utérines, on ne remarqua ni suites ni augmentation de l'hémorrhagie. Le cinquième jour, il se manifesta de la fièvre, qui prit bientôt un caractère nerveux et le huitième jour une nouvelle hémorrhagie abondante se déclara. Lorsqu'on vit que la femme se trouvait dans le plus imminent danger, on me pria d'extraire l'arrière-faix, j'allai à sa recherche le long du cordon ombilical presque entièrement putréfié, mais l'orifice de l'utérus était si serré que tous mes efforts pour le dilater furent impuissants et que je n'en pus rien extraire, parce que le placenta était entièrement enfermé dans la cavité utérine. Considérant l'état où se trouvait ce viscère et la situation précaire de la femme, je ne trouvai point convenable d'introduire ma main par force car probablement elle aurait succombée pendant l'opération ; deux heures après elle avait cessé de vivre.

Ces deux derniers cas arrivèrent dans la Hollande septentrionale, où la rétention du placenta se rencontre fréquemment, et où (principalement dans le plat pays) règne le préjugé que l'on doit confier à la nature le soin d'expulser l'arrière-faix. Quelle est donc la conduite à tenir dans ces cas? Pouvons-nous malgré l'opposition de la femme ou de ses proches pénétrer dans la matrice et extraire le placenta? Lorsque celui-ci est en grande partie détaché et se trouve dans le vagin on peut certainement l'extraire pourvu qu'il ne puisse en résulter des accidents. Mais

rappeler à la vie mais sans succès. Pendant que j'étais occupé avec l'enfant, la sage-femme me prévint que la mère perdait beaucoup de sang; en effet je remarquai que mes soins étaient nécessaires à la patiente et non à l'enfant. En explorant les parties je trouvai une petite portion du placenta dans le vagin mais le restant se trouvait comme étranglé à la partie antérieure de l'utérus. Je fis placer la femme sur ses genoux et ses coudes, j'introduisis alors ma main avec plus de facilité vers la partie de l'utérus où le placenta était retenu, je dilatai la partie contractée spasmodiquement et retirai le placenta; la matrice se resserra ensuite régulièrement, l'hémorrhagie cessa peu à peu, la femme reçut les soins convenables et se rétablit lentement.

Obs. VIII. — Le 13 mai 1830, je fus mandé près de l'épouse de W. D. à H...m, petite et délicate de constitution, âgée de 30 ans et mère de plusieurs enfants. Les douleurs étaient faibles et revenaient à de longs intervalles, elles n'augmentaient point par l'emploi des moyens émollients; l'enfant qui présentait la hanche droite, fut après un travail de huit heures expulsé jusqu'à la tête; l'extraction de cette partie coûta beaucoup de peines et d'efforts, et comme le danger avait été grand l'enfant vint au monde avec toutes les apparences de la mort, mais plongé dans un bain chaud il ne tarda pas à jeter des cris. Une demi heure s'était déjà écoulée sans que de nouvelles douleurs se fussent manifestées, et le sang coulait de l'utérus avec abondance croissante, je reconnus par l'examen que je fis qu'une grande partie du placenta était détachée, et se trouvait en partie dans la cavité de la matrice et en partie dans le vagin, qu'une petite portion seulement était renfermée dans un enfoncement à la paroi gauche de l'utérus. Après avoir attendu quelque temps sans qu'il survînt aucun changement et l'hémorrhagie augmentant, j'introduisis ma main, dilatai le resserrement spasmodique et retirai le placenta; la matrice se contracta ensuite. La perte cessa et la femme ayant reçu tous les soins nécessaires se rétablit promptement.

Obs. IX. — Le 27 juillet 1830, je fus appelé pour assister à l'accouchement de la femme de J. N. à H...m, âgée de 20 ans environ, d'une petite stature, ramassée, d'un tempérament sanguin et d'un genre de vie peu actif. Les deux enfants qu'elle avait eus précédemment étaient venus morts; après son second accouchement elle avait perdu beaucoup de sang. Les douleurs quoique n'étant pas des plus fortes étaient normales, l'orifice utérin était dilaté, ses bords étaient amincis, et la tête se présentait favorablement; le travail allant en augmentant elle devint au bout de deux heures mère d'un garçon. Quoique la plus grande tranquillité lui fut recommandée, la femme était inquiète qu'il ne survînt encore une perte, cette crainte n'était point sans fondement, car à peine une heure s'écoula, sans que des signes extérieurs indiquassent de nouvelles douleurs, qu'une hémorrhagie se déclara. Je commençai par la rassurer, car en prenant en considération et sa constitution et l'état de son pouls, elle pouvait supporter un écoulement sanguin assez considérable. Mais lorsqu'elle commença à se plaindre d'anxiété et de douleur à la région épigastrique, que la face devint pâle, que les mains et les pieds devinrent froids, le pouls petit et concentré, et qu'elle demandait continuellement de l'eau froide, je vis que je ne pouvais plus rester simple spectateur. La matrice m'offrit la plus grande facilité pour pénétrer dans sa cavité, le placenta détaché dans sa plus grande partie était cependant encore assez fortement adhérent par une petite portion au fond de ce viscère. Je le détachai peu à peu sans occasionner une grande perte de sang, et j'en fis l'extraction. Je fis dans la matrice des injections avec de l'eau froide, des frictions sur l'hypogastre, à la suite desquelles la matrice commença à se contracter; j'appliquai extérieurement des linges imbibés d'eau froide, et à l'intérieur je lui fis prendre aq. et tinct. cinam. avec acid. sulf. alcool. d'abord en petite quantité, ensuite en augmentant la dose jusqu'à ce que la perte s'arrêta. Il s'ensuivit une couche maladive, point de lait dans les mamelles, et pendant longtemps elle resta faible et d'une irritabilité fort exaltée. Le 13 mai 1831, je l'accouchai au septième mois d'une grossesse, d'un enfant mort, du sexe féminin, le placenta vint naturellement et sans écoulement de sang plus considérable que d'habitude.

Obs. X. — Le 4 septembre 1830, on vint me chercher pour donner mes soins à l'épouse de A. de W. à S...k, âgée de 30 ans révolus, grande de stature, ayant beaucoup d'embonpoint quoique très-bien conformée, d'un tempérament sanguin et déjà mère de plusieurs enfants, vivant sédentairement mais ayant joui durant le temps de sa grossesse d'une bonne santé. Vers le soir du jour indiqué plus haut le travail de l'accouchement commença, mais les douleurs vinrent d'abord à de longs intervalles et étaient si faibles qu'on pouvait avec raison prévoir que le travail du part serait très-long. Les parties se relâchèrent de plus en plus, les bords de l'orifice utérin s'amincirent, la tête dans la première position oblique présentant le sommet, descendait lentement dans l'excavation du petit bassin, mais dans la matinée elle s'arrêta au détroit inférieur et pendant deux heures l'accouchement ne fit plus de progrès à cause de la cessation des contractions utérines, qui ne purent être réveillées malgré l'emploi des moyens convenables; je me décidai donc à avoir recours à la pince de Siebold, et à la délivrer promptement; l'enfant du sexe féminin était d'un volume plus qu'ordinaire et vint au monde dans un état de mort apparente, mais il revint bientôt à lui après que l'on eût laissé couler un peu de sang par le cordon. J'attendis avec la plus grande pa-

Digitized by Google

ne se manifestait quoique de temps en temps on frictionnât sur l'abdomen, et que je lui fis prendre un peu d'aq. menth. ; l'hémorrhagie devint de plus en plus abondante et me força à intervenir plus activement. Par le toucher je m'aperçus que le placenta était en grande partie détaché, seulement une petite partie était encore adhérente au col utérin et la sensation qu'elle faisait éprouver était toute autre que celle qu'on sent habituellement ; je ne pus détacher cette partie qu'avec beaucoup de peine et en occasionnant une augmentation dans l'écoulement de sang, mais je parvins cependant à l'extraire et bientôt la matrice commença à se resserrer et la métrorrhagie à diminuer peu à peu. Les couches furent maladives, et la femme se rétablit lentement.

Le placenta était d'un volume plus qu'ordinaire, dans plusieurs endroits on sentait des parties comme cartilagineuses, il y avait même quelques endroits d'une dureté plus considérable.

Obs. XIV. — La femme de K. J. à B...e, demanda mon assistance comme accoucheur dans sa sixième grossesse, elle me raconta pendant cette visite que tous ses accouchements à l'exception du premier s'étaient terminés heureusement, mais qu'ordinairement le placenta restait dans la matrice et qu'on était obligé de l'extraire, ce qui avait eu lieu au moins quatre fois de suite. Le 30 août 1833, le travail commença, j'ai vu peu d'accouchements se terminer avec d'aussi légères douleurs que chez cette femme ; on pouvait à peine s'apercevoir des contractions de la matrice, une légère crispation de la face en était le seul signe ; entre temps et quoique lentement l'enfant naquit par les seuls efforts de la nature. J'attendis avec patience de nouvelles douleurs, mais la matrice resta dans l'inertie, et quoique la femme m'invitât à extraire le délivre, j'attendis jusqu'à ce qu'une légère perte se manifesta ; alors je retirai avec facilité l'arrière-faix, qui se trouvait entièrement détaché dans le col utérin ; l'absence de toute contraction de la part de la matrice, semblait être la seule cause du retard de son expulsion.

J'ai appris avec douleur que cette femme avait succombée à B. sur le Z...m dans le courant de cette année immédiatement après son accouchement.

Obs. XV. — Au commencement de la matinée du 2 avril 1834, la femme de K. M. à H... s'était accouchée de son premier enfant, mais le placenta ne suivit pas, l'accoucheur qui avait aidé cette femme n'avait aucune inquiétude, quoique les parents lui fissent des observations durant le cours de la matinée sur la grande quantité de sang que la patiente perdait. Pour prouver qu'il devait rester paisible spectateur, et ne recourir à aucun moyen pour délivrer la femme de l'arrière-faix, il fut chez lui, et revint bientôt apportant un livre dans lequel il lut aux parents de la femme que dans les cas d'adhérence du placenta, on ne pouvait l'extraire qu'après qu'il se fut écoulé 72 heures ; par ce moyen la famille ayant été un peu tranquillisée, on attendit les efforts de la nature. Cependant l'hémorrhagie continuait, le malaise, les syncopes, les vomiturition se succédaient continuellement de manière que dans l'après diner on voulut de nouveau connaître l'opinion de l'accoucheur. Il examina attentivement la patiente, et l'ayant placée de manière à ce que le jour portât dans le vagin, il déclara qu'une excroissance charnue obstruait le passage, et que celle-ci ainsi que le placenta seraient expulsés dans le nombre d'heures indiqué dans le livre qu'il leur avait montré. Pendant ce temps le danger s'aggravait, la confiance que l'on avait dans l'accoucheur faiblissait, et l'on se décida à demander le secours d'autres praticiens, ce qui fit que je m'y rendis vers neuf heures du soir.

Je trouvai la maison remplie de personnes inquiètes, qui toutes voulaient me raconter les circonstances et connaître mon opinion *ainsi que les* moyens que j'indiquerais ; mais je m'adressai seulement à mon collègue, et sur l'observation qu'il me fit que je ne devais employer aucun moyen, je lui répondis qu'après avoir examiné la femme et m'être assuré de ce qui existait, je ferais connaître mon avis. Dans une petite mansarde, sur un mauvais lit, gisait cette malheureuse femme qui, comme on peut le penser, était comme une morte, la figure pâle, les lèvres bleues, froid général avec la respiration et le pouls presque imperceptibles, en un mot la personnification de l'anémie. Au toucher je trouvai le placenta en partie détaché dans le vagin et il me parut que quelques légères tractions sur le cordon suffiraient pour l'extraire entièrement. Je ne voulus cependant pas faire remarquer *la fâcheuse sécurité* de mon confrère, en *délivrant* immédiatement la femme ; mais je fis connaître mon opinion que l'extraction immédiate du placenta pouvait seule sauver la femme; j'étais si éloigné de croire à l'existence d'une tumeur charnue ou polype, et à l'obligation d'attendre que les 72 heures fussent écoulées, que l'on fit demander un ancien accoucheur qui depuis longtemps ne se livrait plus à la pratique, et qui demeurait dans cette commune ; son opinion fut aussi qu'on devait extraire immédiatement le placenta. Je conseillai à l'accoucheur traitant de faire l'extraction, mais il s'y refusa ; quoiqu'il existât le plus grand danger je me rendis près de la femme et en peu d'instants j'opérai la délivrance et j'eus la satisfaction que la matrice revint sur elle-même, que l'hémorrhagie cessa, et que tous les signes fâcheux se dissipèrent peu à peu. Vers le matin la chaleur était revenue à l'état naturel et était générale, le pouls plus relevé, et la sécurité et l'espoir d'un prompt rétablissement avaient succédé à la crainte et à l'anxiété.

Le trouble de l'organisme, l'impression profonde qu'avait éprouvée le système nerveux changèrent

Digitized by Google

de se livrer à un nouveau travail, doive se reposer des efforts auxquels elle vient de se livrer, afin d'acquérir de nouvelles forces. Elle semble parfois avoir dépensé toutes celles qu'elle avait dans la première partie de l'accouchement, et tomber alors dans un état d'impuissance de manière que l'art se trouve obligé d'achever son travail. De là j'ai été porté à penser que le conseil de Jorg qui dit : « Que » dans les cas d'un accouchement très-prompt on » doit laisser le placenta aussi longtemps que pos- » sible, afin que par sa présence dans la matrice » il réveille des contractions,» n'était pas toujours conforme à l'observation. Tout accoucheur prudent après une expulsion prompte de l'enfant ne se hâtera pas d'extraire le placenta, mais cependant lorsqu'il aura reconnu que la matrice a dépensé toutes ses forces dans cet acte, et qu'elle tombe dans un état d'inertie, il ne restera pas spectateur inactif.

La femme de J. V. à O...e, me fit demander pour son cinquième accouchement et m'apprit à cette occasion que de son second, troisième et quatrième enfant elle s'était accouchée très-rapidement, au point que chaque fois, l'accoucheur quoique appelé en hâte n'était arrivé qu'après que l'expulsion de l'enfant avait eu lieu, mais que chaque fois aussi l'arrière-faix était resté et que son extraction avait dû être opérée artificiellement. Le 8 février 1834, je fus appelé, à mon arrivée l'enfant venait de naître, et la circonstance qui s'était rencontrée dans ses accouchements précédents, se présenta de nouveau, car dans la première heure, aucune nouvelle douleur ne se manifesta, quoiqu'une perte légère mais continue indiquât que le placenta était tout ou en partie détaché. L'examen intérieur fit reconnaître que celui-ci se trouvait entièrement libre à l'orifice utérin et que le défaut de force de ce viscère était la seule cause de la non-expulsion de l'arrière-faix, je l'entraînai avec facilité, mais la matrice ne se contracta pas aussi promptement que cela avait eu lieu dans d'autres cas; les couches ne présentèrent rien de remarquable.

En janvier 1836 et avril 1839, les mêmes circonstances se sont rencontrées chez cette femme et je fus chaque fois obligé d'opérer l'extraction du placenta.

Avant de terminer qu'il me soit permis d'ajouter encore ces lignes.

Convaincu des efforts bienfaisants de la nature et de l'imperfection de l'art, je n'ai jamais eu recours aux moyens que l'art propose pour opérer la délivrance dans les cas rapportés, avant que l'abondance de l'hémorrhagie ne m'y obligeât, et que je n'eusse attendu avec toute la patience possible si la nature ne terminerait pas seule son travail. Je suis ennemi et pour cause de tous ces moyens auxquels on a encore quelquefois recours, tels que l'éternuement, la toux, les efforts, les pressions, les changements de position, les tractions sur le cordon et l'emploi à l'intérieur des emménagogues, etc., et même des frictions fortes et fréquentes sur l'abdomen. Ce dernier moyen peut bien exciter l'utérus mais il donne aussi quelquefois lieu à des contractions irrégulières ou partielles. Si l'observation de Wiegand est fondée que chaque douleur commence au fond de l'utérus et se propage circulairement à son corps pour se terminer au col, on peut certainement par des frictions continues troubler la nature.

Malgré l'opinion d'accoucheurs instruits qui sont encore divisés sur ce point, ces observations m'ont appris que l'extraction prudente du placenta était le moyen le plus favorable pour soulager la femme.

(*La suite au prochain n°.*)

Nouvelles observations sur le traitement moral de la folie, recueillies à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Leuret, par A. Millet, élève des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, membre correspondant de la société médicale de Tours.

La croyance assez généralement admise que la cause de la folie consiste dans une lésion matérielle et visible du cerveau, a détourné la plupart des médecins qui s'occupent d'aliénation mentale, de l'emploi d'un traitement moral énergique. Mais le cerveau des aliénés n'est visiblement altéré que chez ceux dont la folie est compliquée d'un trouble dans les fonctions dites organiques; et quand il y aurait une véritable altération du cerveau chez les aliénés, M. Leuret pense que le traitement moral, le traitement par les idées et les passions, serait encore celui qui offrirait le plus de chances de succès. Voyez, en effet, ce qui se passe chez les idiots; il y a presque toujours dans leur cerveau un vice congénital ou acquis; est-ce par des agents physiques ou par l'éducation que l'on parvient à donner quelque développement à leur intelligence? Les agents physiques ne seraient d'aucune utilité; on ne songe pas même à y recourir; les agents moraux employés avec habileté et persévérance peuvent produire, au contraire, dans l'intelligence et les passions des idiots des changements presque merveilleux.

Les médecins aux soins desquels sont confiés les aliénés, ont bien employé et emploient bien encore le traitement moral, et cependant ils n'ont pas retiré de ce moyen les résultats qu'ils étaient en droit d'en attendre. Cela n'étonnera personne lorsqu'on saura que ces praticiens ont toujours subordonné ce traitement au traitement physique. Mais, par traitement moral, M. Leuret entend l'emploi raisonné de tous les moyens qui agissent directement sur l'intelligence et sur les passions des aliénés. Contraire-

Digitized by Google

du mal de lui et de sa famille, et alors il s'écriait : *Nous sommes perdus, madame dit du mal de nous et particulièrement de moi.*

A partir de cette époque, c'est-à-dire vers le 12 juillet 1840, il veut se suicider, peu lui importent les moyens, pourvu qu'il meure. Sa femme et sa fille ont beaucoup de peine à le calmer.

Le 13 juillet, sa femme l'emmène consulter un médecin; F..... lui demande *quelque chose pour en finir*, car il veut à toute force aller rejoindre son maître. Il avait alors les yeux hagards, la bouche sèche, la langue couverte d'un enduit blanchâtre, le ventre dur, de la constipation; la respiration suspirieuse, le pouls petit, à quatre-vingts. Ce médecin lui fit prendre seize grammes de sulfate de magnésie avec cinq centigrammes de tartre stibié dissous dans un litre de bouillon avec herbes. Cet éméto-cathartique produisit quatre vomissements bilieux et quatre selles liquides fort abondantes, mais le malade n'en fut nullement soulagé.

Le 19, il est dans un état d'agitation extrême : il craint qu'on ne mette le feu à sa maison, et fait entendre des cris aigus.

Le lendemain, 20 juillet, il est conduit à Bicêtre. M. Leuret l'interroge avec bienveillance, c'est à peine s'il répond, il a les yeux presque entièrement fermés, sa tête est inclinée sur la poitrine; il est, dit-il, incapable de rien faire et comme terrifié par les pensées qui l'obsèdent, il reste presque complétement immobile pendant plusieurs jours. M. Leuret lui prescrit des bains, avec de l'eau fraîche sur la tête pendant toute la durée des bains et quelques jours se passent ainsi, sans qu'il se soit opéré aucune amelioration dans l'état du malade.

Présumant que sa présence dans l'hospice était pour lui un motif de chagrin, M. Leuret cherchant à le consoler, lui dit un jour : — Tranquillisez-vous, je ne vous garderai pas longtemps ici, faites quelques efforts, prenez courage, bientôt je vous rendrai à votre famille que vous paraissez regretter beaucoup : je vous ai connu à Paris, c'est un motif de plus pour que je vous porte intérêt et pour que je vous accorde votre sortie, aussitôt que vous serez assez bien portant pour reprendre vos occupations. — Je serais bien en peine, si vous me renvoyez, dit F..... à M. Leuret; je suis ruiné, ma femme et ma fille sont dans la misère et j'y serais avec elles. Cette réponse fut un trait de lumière pour M. Leuret qui répliqua : — Eh bien ! soit, restez avec nous; mais je vais faire plus que vous garder, je vais vous donner un emploi; vous étiez garçon marchand de vins, soyez garçon de salle; il me manque un homme pour servir dans le réfectoire, vous êtes fort, vous connaissez la partie, je vous prends à l'essai pendant quelques jours. Si ce que je vous propose vous convient, vous resterez, vous aurez de bons gages, et dans le cas où votre femme et votre fille voudraient venir demeurer ici, je leur ferais avoir de l'ouvrage dans la lingerie de la maison. F..... leva un peu la tête et il parut sur sa figure comme un rayon d'espérance. M. Leuret fit aussitôt apporter un tablier que F..... mit devant lui, et M. Leuret alla lui-même l'installer au réfectoire. F..... se mit aussitôt à l'ouvrage, d'abord avec lenteur, ensuite assez activement. Trois jours après on lui fit voir un de ses amis : F..... annonça à cet ami ce que lui avait donné M. Leuret, ce qu'il en espérait encore. Son ami lui dit : « Vos affaires ne sont pas aussi mauvaises que vous le pensez, votre femme et votre fille ne manquent de rien, rassurez-vous, elles viendront vous voir, et quand vous serez tout à fait remis, vous retournerez avec elles. » Le lendemain sa femme et sa fille confirmaient ces bonnes nouvelles, et il y ajoutait une entière confiance; le surlendemain il attendait M. Leuret pour le remercier, et de la faveur qu'il lui avait accordée de voir sa famille et de l'emploi de garçon de salle qu'il ne se souciait plus de garder, demandant timidement, mais avec confiance de l'obtenir, la sortie qu'on lui avait promise. M. Leuret laissa encore passer quelques jours d'épreuve et il renvoya F..... qui resta seulement vingt et un jours à l'hospice, et dont la guérison était alors complète.

Obs. II.—*Ivrognerie—Hallucinations de l'ouïe. — Traitement moral suivi de guérison.* — C. Joachim Christophe, 42 ans, corroyeur, est un homme robuste, d'une forte constitution; il a l'habitude de s'enivrer assez fréquemment. Dans le courant du mois de juin, à la suite de contrariétés qu'il a essuyées, il s'est figuré qu'on en voulait à ses jours et qu'il allait être assassiné. Sa femme fit venir un médecin qui le saigna, mais C., ne voulant pas se soumettre au traitement de ce médecin, fut conduit à Bicêtre, tourmenté et effrayé par des voix nombreuses qui l'appelaient de toutes parts : *infâme ! scélérat !* et lui annonçaient qu'on allait l'assassiner.

Lorsqu'on l'examine à la visite du 7 août, jour de son entrée à l'hospice, il est inquiet, il n'ose pas remuer ni quitter la place qu'il occupe, de peur d'être assassiné dans le trajet qu'il aurait fait pour changer de place. Le lendemain, les voix ne se font déjà plus entendre d'une manière distincte; il perçoit, au lieu d'un son de voix, un bruit discordant, comme celui d'un charivari, et il croit toujours avoir des ennemis qui le poursuivent et qui mettent ses jours en danger.

Après avoir constaté l'intégrité de toutes les fonctions physiques de C., M. Leuret prescrit à ce malade des occupations qui le tiennent constamment en haleine; il le fait travailler à la terre, lui donne des bains et quelques affusions sur la tête, lui enjoint d'aller à l'école pour lire et pour chanter, il

Digitized by Google

quatre heures sonnent, je cours chez lui, et je suis fort étonné de le voir et surtout de l'entendre me parler; il cherche à me désabuser. De là je me rends à mon travail, bien persuadé, cependant, que ce que j'avais entendu et vu dans la nuit était vrai et avait été accompli.

Lorsque sa journée est remplie, T..... rentre chez lui et se couche, mais il ne tarde pas à se réveiller dans une terreur et dans une agitation extrêmes; il a vu l'un de ses frères armé d'un fusil et cherchant à l'assassiner, il sort précipitamment de chez lui, se réfugie chez une de ses voisines et entre chez elle par la fenêtre. On cherche à le calmer, c'est en vain.

Sa terreur et son effroi augmentent, il vient d'entendre la voix de son propriétaire qui l'accuse d'être un *voleur et d'avoir de fausses clefs*. Il ne peut plus y tenir, il sort et va lui-même chez le commissaire pour porter plainte. Le commissaire le fait arrêter, conduire à la préfecture de police, et de là on le dirige sur Bicêtre le 20 août.

A peine a-t-il franchi le seuil de la porte, qu'il est effrayé en pensant qu'on le regarde comme fou. Cette pensée le dispose à faire de bonnes réflexions, M. Leuret en profite et s'attache à le détromper par une suite de raisonnements dont le malade, d'abord un peu incrédule, finit par sentir la justesse. M. Leuret ne le laisse pas un instant en repos, tant qu'il n'a pas la certitude de l'avoir détrompé. Le travail à la terre, la lecture et le chant lui sont prescrits et sa santé se consolide chaque jour.

Le 28. Un de ses frères vient le voir, on les laisse converser ensemble fort longtemps, et il ne se manifeste aucun trouble dans les idées de T... Enfin le 31 avril il retourne à ses travaux.

Obs. V. — *Ivrognerie. — Titres imaginaires. — Idées de richesses immenses. — Traitement moral énergique. — Guérison rapide.* — M..., 31 ans, vernisseur, d'une stature peu élevée, et d'une constitution délicate, est marié et a deux enfants. Cet homme a l'habitude de s'enivrer assez fréquemment. Le 20 août, sans cause connue, et après s'être mis en ribotte, il lui a pris envie de quitter sa famille, et de venir à Paris où, selon lui, on se battait. Arrivé chez son beau-frère, il parle de révolution, de titres, de richesses : on le regarde, on l'écoute, on épie ses moindres mouvements, et il essaie de se jeter par la fenêtre. On le mène au Bureau central où on lui délivre un billet d'entrée pour Bicêtre. Son frère ne savait comment faire pour le conduire à l'hospice, car l'heure était déjà avancée, et M... savait à ce qu'il paraît qu'on n'entre pas le soir dans les hôpitaux. On fut donc obligé d'avoir recours à une ruse. Son frère prétexta un besoin pressant d'aller à Bicêtre; notre malade sourit, défia son beau-frère, et les voilà cheminant vers Bicêtre, non pas à pied, mais en cabriolet, car un *général ne peut se promener qu'en voiture.*

Arrivés à Bicêtre, M... est tout étonné d'entrer si facilement; il ne sait pas ce qu'on veut faire de lui, et le lendemain, lorsqu'on lui apprend qu'il est avec des fous, sa surprise est très-grande, ou plutôt il ne veut pas y croire.

M... croit avoir à lui tout seul sauvé le roi, qui, pour récompenser ses hauts faits et sa belle conduite, l'a nommé *général, l'a décoré de la Légion d'Honneur, et lui a donné* 600 *mille francs en biens-fonds situés en Normandie.*

Le 27 août : A peine ai-je parlé à M. Leuret du genre de maladie de M..., que M. Leuret l'aborde d'un air sévère, et lui demande ce que signifient toutes les bêtises qu'il vient de débiter. A une question si brusque, et qui choque si visiblement ses idées, M... reste confondu. C'est probablement un vagabond, continue M. Leuret, qu'on nous a envoyé ici, et ce drôle-là, pour nous intéresser en sa faveur, se fait passer pour fou; je ne crois pas à toutes ces singeries là; qu'on le mène au bain et qu'on lui donne une bonne douche. M... balbutie, cependant il obéit.

Lorsqu'il est dans le bain, M. Leuret lui enjoint de renoncer à tous ses titres, à ses richesses. M... refuse; on lui donne une douche qui dure environ 15 secondes. — Etes-vous encore général? Avez-vous encore 600,000 fr.? Etes-vous décoré de la Légion d'Honneur? — Non, Monsieur, non; je vous en prie, laissez-moi retourner chez moi; j'étais fou; mais je n'ai jamais été général. — Cependant vous avez sauvé la vie du roi, et il vous a donné 600,000 fr.? — C'est vrai. Il y a trois semaines que Louis-Philippe m'a donné en Normandie un terrain de la valeur de 600,000 fr.

Une seconde douche à peu près de la même durée que la première, et une bonne admonestation : — Qu'est-ce que vous pensez de vos titres et de vos richesses? — Je ne suis qu'un pauvre ouvrier; j'avais tort; mais je vous assure que je ne pense plus à tout ce que j'ai dit, et que je n'y tiens nullement. — Pesez bien vos paroles, prenez garde à l'engagement que vous prenez; si vous avez le malheur de dire un mot qui fasse même allusion à vos folles et sottes prétentions, je charge M. Millet de vous donner la douche. — Je ferai bien attention à moi, et vous n'aurez pas besoin de recourir de nouveau à ce moyen. — Nous verrons; sortez du bain, et venez à l'école.

Le 28. Eh bien! dit M. Leuret, M. que pensez-vous de vos propriétés en Normandie? — Je pense, que dorénavant je n'aurai plus d'idées semblables à celles que j'ai eues, car ce n'est pas du tout agréable de recevoir la douche : *du reste je puis vous assurer que depuis hier, je suis entièrement retourné*

Digitized by Google

née et dans la soirée; quant à moi, je vais avoir soin de lui ce matin.

A ce mot de *douche*, notre homme est tout bouleversé, il nous regarde avec effroi, avec anxiété; son attention est déjà détournée de la cause de sa maladie.

— P....., on ne vous a pas guillotiné, on n'a même jamais eu la pensée de le faire, personne ne vous a poursuivi ni dans votre chambre, ni sur les toits; ainsi ce que vous avez vu, commissaire de police, gendarmes, tout cela est l'effet de votre imagination qui était malade. — Je vous assure cependant que je me portais bien, lorsque tous ces événements sont venus m'assaillir. — Moi je vous dis que vous étiez malade, que vous étiez fou! Savez-vous où vous êtes ici?—Non monsieur!—Eh bien, mon garçon, vous êtes à Bicêtre. A Bicêtre on ne reçoit que des vieillards ou des fous. Vous n'êtes pas un vieillard, n'est-ce pas? — Non. — Vous êtes donc un fou? — Oh! mon Dieu je ne croyais pas que ma raison fut dérangée à ce point.

M. Leuret l'oblige à raconter tout ce qui lui est arrivé, en ayant soin toutefois d'en parler comme d'un songe ou d'un cauchemar. P..... s'en acquitte assez bien, sa physionomie n'exprime déjà plus l'anxiété et la souffrance, il sourit en pensant qu'il a pu être ainsi le jouet de son imagination.

Lorsqu'il a fini sa narration, il nous montre les contusions et les écorchures dont son corps est couvert. — Il faut aller tout de suite prendre un bain, lui dit M. Leuret, cela vous fera du bien de toutes manières.—J'aimerais mieux un morceau de pain qu'un bain, dans ce moment ci, Monsieur, il y a au moins 48 heures que je n'ai mangé.

Nous le conduisons au réfectoire, et nous lui faisons donner des aliments qu'il dévore avec avidité. Lorsqu'il s'est un peu rassasié, il demande à M. Leuret la permission d'écrire à un médecin qu'il connaît et qui s'intéresse à lui. Je transcris fidèlement cette lettre écrite quelques minutes après l'interrogatoire que nous lui avions fait subir.

« Monsieur, vous m'excuserez de la liberté que je » prends de vous écrire. Ayant été pris d'un accès » de folie, on m'a envoyé à Bicêtre. J'espère ne pas » y être pour longtemps, car tous les fantômes que » j'avais devant les yeux sont disparus. Je vous prie » donc de prévenir ma mère du malheur qui m'est » arrivé; tranquillisez-la sur ma santé; je voudrais » déjà être à mon travail. Je vous prie aussi de lui » dire qu'elle tâche de dire à Jean qu'il vienne me » voir, et qu'il demande un peu d'argent à ma mère » pour du tabac et une pipe.

« Rien de plus à vous marquer.

« Je vous salue

« Bicêtre, 8 sept. 1840. P..., fils. »

On lui a donné deux bains, en lui recommandant de se faire jeter un peu d'eau froide sur la tête.

P... a été travailler chez le serrurier de l'établissement, et jamais il n'a fait ni dit la moindre extravagance. On l'a soumis à bien des questions, et jamais il n'a fait une réponse ridicule et contraire au bon sens. P... est sorti, le 17 septembre, parfaitement guéri, en nous promettant bien de ne plus s'aviser de courir sur les toits.

Je me suis contenté jusqu'ici de raconter ce dont j'ai été témoin. Qu'il me soit permis, en terminant, de faire suivre ces observations de quelques réflexions. Le traitement employé par M. Leuret est, il faut l'avouer, une pratique pénible, et qui exige de la part de celui qui l'entreprend un dévoûment et une persévérance extrêmes; cependant on n'a pas craint de taxer de *barbares*, de *cruels* et d'*inhumains* les moyens qu'il met en usage pour arracher aux aliénés l'aveu qu'ils se trompent ou qu'ils se sont trompés. Comme s'il n'y avait pas plus de barbarie et d'inhumanité, pour ne rien dire de plus, à laisser croupir dans un hôpital ou dans une maison de santé, des malades qu'on pourrait rendre à leur famille et à la société, en les soumettant pendant quelque temps à des épreuves quelquefois pénibles, il est vrai, mais qui portent leur fruit, et dédommagent amplement le médecin des exigences que lui impose sa profession.

Examinons donc un peu ce qui aurait pu résulter, pour le malade qui fait le sujet de l'observation I, de l'emploi des exutoires, des ventouses, des sangsues, etc. : tous ces moyens eussent infailliblement produit sur lui la même influence que celle qui a été obtenue à l'aide de l'éméto-cathartique que son médecin a jugé à propos de lui administrer. Serait-on parvenu, à l'aide de toutes les ressources de la pharmacie, à débarrasser ce malade de ses idées tristes et de son penchant au suicide, à le rendre raisonnable en l'espace de quelques jours, et à pouvoir le renvoyer dans sa famille parfaitement guéri au bout de quinze à vingt jours? Nous ne le pensons pas; et l'expérience autorise même à croire qu'il serait resté indéfiniment dans l'état qui nécessita sa translation à l'hospice.

Il en est de même des autres malades dont j'ai rapporté les observations. Quelle influence heureuse des saignées ou des purgatifs auraient-ils pu exercer contre les sottes prétentions du général M....? Quel effet eussent produit sur ses idées de grandeur et de fortune toutes les ressources de cette thérapeutique que l'on est dans l'habitude de mettre alors en usage? Aucun, sans le moindre doute, et le malade aurait continué à vivre avec sa maladie. Une semblable manière de procéder eût-elle débarrassé, en l'espace de quelques minutes, P... de la persuasion où il était qu'on allait le guillotiner? Bien certaine-

Digitized by Google

d'hier présente moitié de sérosité, le caillot est couenneux, résistant et rétracté sur ses bords ; nouvelle saignée de 500 grammes : glace sur la tête, limonade, diète.

Le 30, caillot de la saignée d'hier, couenneux mais friable, moitié de sérosité ; délire moins prononcé ; 80 pulsations ; glace sur la tête ; limonade 3 pots, diète.

Le 31, continuation du délire, pouls 80, peau chaude ; 8 sangsues derrière chaque oreille, eau de Sedlitz 45 grammes, limonade 3 pots ; sinapismes aux jambes.

Le 1er juin, hier le malade a eu pendant la journée des accès épileptiformes se renouvelant de cinq minutes en cinq minutes. Ce matin, visage déprimé, pupilles rétrécies, ne se dilatant pas dans l'obscurité ; résolution des membres, pouls à 100 ; assoupissement continuel, ronflement stertoreux ; un vésicatoire sur la tête, un second aux cuisses, potion avec la liqueur d'Hoffman. Mort le soir.

Ouverture du cadavre 40 heures après la mort.

Organes encéphaliques. — La dure-mère présente à sa surface un réseau vasculaire très-développé ; épanchement séreux peu considérable dans la cavité arachnoïdienne ; la pie-mère est manifestement injectée sur toute la surface du cerveau. En détachant cette membrane de l'hémisphère gauche on trouve deux vésicules opalines sans adhérence, du volume d'un gros pois ; chacune d'elles renfermait un liquide diaphane dont le centre était occupé par un petit corps globulaire, opaque, blanc laiteux, qui ne laissait voir au microscope ni tête ni suçoir, ni prolongement caudal. Près du sillon longitudinal il en existe plusieurs autres d'un volume semblable. Quelques-unes sont isolées, mais la majorité se compose d'agglomérations en forme de grappe ; trois se sont creusé des cavités dans la substance même du cerveau ; ces cavités sont lisses, régulières et semblent dépendre d'un écartement plutôt que d'une solution de continuité des fibres nerveuses.

En détachant la pie-mère du côté opposé on en soulève environ une douzaine faisant corps avec elle. Au-dessus de la membrane on en aperçoit une multitude d'autres beaucoup plus petites, tant à la superficie des circonvolutions, que dans le fond des anfractuosités. Le cerveau coupé par tranches présente une injection manifeste de toute la substance, sans ramollissement notable ; plus on l'incise, plus on met d'acéphalocystes à découvert.

L'hémisphère gauche en renferme une plus grande proportion que le droit, et les lobes antérieurs une quantité plus considérable que les moyens et les postérieurs ; il n'en existe qu'une dans chaque ventricule latéral ; ainsi que dans la couche optique et le corps strié du côté gauche, il en est de même dans le corps strié du côté droit et la protubérance annulaire ; la couche optique gauche n'en contient pas, ainsi que le cervelet.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

Cette première observation est curieuse en ce que l'immense quantité, on pourrait dire les myriades de vésicules qui comprimaient de toute part la pulpe cérébrale n'ont pas été révélées plutôt par un grand nombre de symptômes. Non-seulement à l'entrée du malade à l'hôpital, rien ne pouvait faire soupçonner dans le cerveau une lésion organique de cette nature ; mais son âge, son tempérament, sa constitution et notamment la circonstance d'une hémiplégie antécédente tendaient au contraire à éloigner l'idée d'une tumeur, ou d'une production morbide quelconque. Un épanchement sanguin dans l'hémisphère droit paraissait donc la seule cause des phénomènes de latéralité ; toutefois la promptitude avec laquelle ces accidents disparurent à la suite des émissions sanguines, sans laisser aucune trace de leur existence, vint ébranler notre premier diagnostic pour nous faire croire avec raison à la possibilité d'une simple hypérémie générale plus forte à droite qu'à gauche. C'est dans cet intervalle, quand tout indiquait que le malade allait entrer en pleine convalescence, que du délire se déclara tout à coup. Ce délire fut-il le résultat nécessaire du développement de la lésion organique ? Les phénomènes morbides devenaient-ils plus graves, et plus compliqués à mesure que les acéphalocystes augmentaient en nombre et en volume ? Toujours est-il que les accidents relatifs à la perte de la sensibilité et de la myotilité qui s'étaient manifestés en premier lieu cessèrent, pour s'accompagner plus tard de troubles du côté de l'intelligence, et de désordres dans les mouvements, symptômes qui traduisaient évidemment le passage de l'hypérémie à l'inflammation du cerveau.

Quelle fut l'origine, de ces hydatides, ou du moins quelles furent les conditions susceptibles d'en favoriser le développement ? Ce malade avait-il reçu un coup ou fait une chute sur la tête ? avait-il été soumis à certaines influences de localité, ou d'alimentation. C'est ce que l'observation n'a pas permis d'éclaircir, c'est un point d'étiologie qui restera encore longtemps obscur.

Obs. II. — Cormon, instituteur, âgé de 25 ans, d'une constitution moyenne et d'un tempérament nerveux, paraît avoir eu dans son enfance quelques légères attaques d'épilepsie qui disparurent spontanément. Dans le courant du mois de février 1839, il fut atteint d'un érysipèle du cuir chevelu avec otite, et douleur céphalalgique très-violente qui cédèrent à l'emploi d'un vésicatoire appliqué sur le cou. Quelque temps après s'étant exposé à un froid très-intense, il fut repris de sa douleur céphalalgique accompagnée cette fois de trismus. On appli-

Digitized by Google

mence à quitter le cuir chevelu; gonflement du nez, des paupières et des parotides toujours considérable; pouls 104. Limonade, 3 pots; bain de pied sinapisé; lavement; bouillon.

Le 4, l'érysipèle s'est emparé du haut des bras; il s'éteint sur la face; urine répandant une odeur de souris; le malade voit distinctement, moins de chaleur à la peau; 96 pulsations.

Le 5, il est plus assoupi que la veille; ses réponses sont lentes et difficiles; 124 pulsations; l'épiderme se détache sur le tronc; la somnolence redouble le soir; il ne répond plus. Cataplasmes sinapisés aux mollets; 2 gouttes d'huile de croton tiglium; 12 grains de calomel; glace sur la tête; au besoin des sangsues derrière les oreilles.

Mort dans la nuit.

Autopsie 40 heures après la mort.

Habitude extérieure. La face et le cou sont très-tuméfiés. L'incision du tissu cellulaire sous-jacent à ces parties donne issue dans quelques points à un liquide séro-purulent.

Crane. La plaie qui a succédé à la chute de l'eschare est comblée en partie par un tissu d'un rouge brunâtre, fortement adhérent à la table externe de l'os. Lorsqu'on détache ce tissu de nouvelle formation, on trouve cette table externe inégale, irrégulière, déprimée, mais le tissu spongieux est intact.

Le crâne est d'une épaisseur moyenne; l'incision de la dure-mère donne issue à une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent. Très-petite proportion de sérosité entre les feuillets de l'arachnoïde qui, sur la périphérie du cerveau, ne présente ni fausse membrane, ni teinte opaline. Pie-mère non adhérente, très-injectée et laissant apercevoir quelques vaisseaux d'un volume considérable. Incisé par tranches, le cerveau ne paraît nullement ramolli. La substance blanche offre un piqueté très-manifeste. Les ventricules latéraux sont agrandis, et renferment à peine quelques cuillerées de sérosité. A gauche, dans la scissure qui sépare le lobe moyen du postérieur, on trouve une acéphalocyste de la grosseur d'une noix, diaphane, diffluente, et se déchirant avec la plus grande facilité. Le petit corps blanc qu'elle renferme à son centre est à peine visible à l'œil nu. Au fond de la scissure et comme servant de lit en quelque sorte à cette vésicule. on aperçoit une portion de la séreuse très-consistante, hypertrophiée et d'une couleur jaune opaque.

Une autre acéphalocyste du diamètre d'une grosse aveline est enchâssée dans l'épaisseur du nerf optique du même côté, un peu en arrière de la ligne de jonction des deux nerfs. Le point sur lequel la vésicule repose est aplati et légèrement ramolli; on en trouve une autre dans le lobe postérieur de l'hémisphère droit; puis une autre encore sur le nerf optique de ce côté à peu près semblable par son volume et par sa position à celle du nerf optique homologue. La cavité qu'elle s'est creusée est moins manifeste, mais l'aplatissement de la substance nerveuse est plus considérable. Il en existe encore quelques autres plus petites dans le ventricul latéral droit, et le plexus choroïdien. La protubérance annulaire, les pédoncules du cerveau et le cervelet n'en offrent aucun vestige.

Organes thoraciques. Poumons engoués à leur partie postérieure, mais parfaitement crépitants dans toute leur étendue. Rien de particulier vers le cœur et les gros vaisseaux.

Organes gastro-hépatiques. Muqueuse gastro-intestinale blanche et nullement altérée; foie d'un volume normal, sans coloration ni consistance pathologiques.

Ici les phénomènes morbides suivent une marche tout opposée. Il n'y a point d'hémiplégie, la sensibilité générale n'est pas affectée, c'est à peine si les mouvements paraissent difficiles dans les extrémités; mais il survient en premier lieu de la céphalalgie, de la somnolence, de l'hébétude, du trouble dans la vision et dans l'intelligence. La céphalalgie seule disparaît sous l'influence des purgatifs, et des exutoires; les autres symptômes ne font que s'aggraver malgré le nombre et l'énergie des moyens employés pour les combattre. L'anatomie pathologique rend dans ce cas parfaitement compte de la cécité qui s'était manifestée presque dès le début de la maladie. Un phénomène digne de remarque, c'est l'amélioration subite qui survint immédiatement après l'apparition de l'érysipèle du cuir chevelu, amélioration qui se prolongea durant tout le cours de la durée de cet exanthème. Quelques jours avant la mort du malade, par conséquent au plus haut degré de la compression et du travail désorganisateur, il est non moins surprenant que la réapparition de l'érysipèle ait pu produire de nouveau la cessation de la somnolence, de l'affaissement intellectuel, et surtout une si grande amélioration dans les symptômes propres à la vision; mais dès qu'il eut abandonné son siége primitif pour s'étendre vers le tronc, tous les accidents reparurent avec plus d'intensité; il survint, en outre, un état général de résolution, précurseur d'une mort prochaine. Quant au symptôme de l'émission involontaire des urines, la moelle épinière n'ayant pas été examinée, nous ne savons s'il faut le rapporter à une affection concomitante de la portion rachidienne lombaire. Il ne serait pas impossible que des acéphalocystes se fussent développées là simultanément ou consécutivement à celles du cerveau. Toutefois, dans ce cas, la compression exercée sur la moelle devait être bien légère, puisque la sensibilité et les mouvements des extrémités inférieures ne furent jamais suspendus.

Quoi qu'il en soit, dans ces deux cas, de la gra-

Digitized by Google

sans cesse ses bras et ses jambes, devenus tellement flexibles qu'il portait ses talons derrière la nuque. Il était fortement amaigri, ne prenant pour tout aliment que trois ou quatre litres de lait par jour.

Louis Chevalier avait consulté bien des médecins dans l'espace de dix ans et fait beaucoup de remèdes; mais toujours inutilement : on n'avait pas pensé au ver solitaire ni à son antidote. Appelé auprès de lui, je m'informai s'il ne rendait point, de temps en temps avec les fèces, de petits morceaux de ver blancs et plats : sur sa réponse affirmative, je fus convaincu qu'il avait le tœnia, surtout lorsqu'il m'assura qu'il faisait de ces débris souvent et depuis fort longtemps.

Je lui administrai, sans aucune préparation, la fougère mâle, à la méthode de M. Bourdier : le ver fut rendu le même jour dans un lavement fait avec la même décoction. Chevalier fut débarrassé des maux divers qu'il avait éprouvés et bientôt rétabli. Il a toujours joui depuis d'une bonne santé, et n'est mort que l'année dernière, âgé de quatre-vingt-un ou quatre-vingt-deux ans. Le lait, qu'il prenait en quantité, le soulageait toujours pour quelques moments. Il est constant qu'il soulage aussi les autres personnes atteintes du tœnia.

Quelques médecins prétendent aussi que l'eau froide calme les douleurs occasionnées par le ver solitaire en l'engourdissant; je n'ai pu vérifier le fait; tous les calmants ordinaires ne produisent que des effets passagers.

J'ai pu me convaincre, dans ma pratique, que le tœnia se renouvelait quelquefois au bout d'un certain temps, et je l'ai fait rendre jusqu'à trois fois à la même personne, dans l'espace de dix-huit mois. Il ne m'est jamais arrivé d'en faire rendre deux à la fois. Ayant la précaution de délayer les matières avec lesquelles il vient après le purgatif, dans plusieurs seaux d'eau, j'ai pu me convaincre qu'il n'y avait qu'un seul ver en ne voyant qu'une seule tête jointe à un col assez allongé. Il ne m'est pas arrivé non plus de le voir sortir par l'effet des vomitifs.

Il est fort difficile de s'assurer de la longueur du ver solitaire, parce qu'il vient presque toujours en débris de diverses longueurs : une seule fois, dans quarante-quatre ans de pratique, je l'ai vu sortir en vie et en une seule pièce : je vidai le vase où il fut rendu, dans cinq ou six seaux d'eau. Le ver étant vivant, s'y déploya et y nagea comme un poisson; je pus l'examiner à ma fantaisie, voir son long col et sa petite tête; il faisait trois tours entiers dans le grand bassin, et je pus évaluer sa longueur à cinq ou six mètres : il cessa de vivre après cinq ou six minutes. La femme qui le portait, mariée et mère de plusieurs enfants, était devenue épileptique et passait dans sa commune pour être atteinte du haut-mal. Elle fut délivrée de ses attaques peu de temps après le traitement. Elle vit encore et se porte bien.

J'administre la fougère mâle sans aucune préparation, et j'ai l'habitude de faire arriver les malades chez moi la veille, afin de donner le remède moi-même le lendemain de grand matin, et de m'assurer de la sortie du ver en délayant les matières rendues, après le purgatif, dans quelques seaux d'eau que l'on décante doucement : le ver se trouve au fond du bassin, tout en débris, d'une, de deux, de trois ou d'un grand nombre d'articulations. Il vient presque toujours dans la matinée, tantôt dans la première selle, tantôt dans la seconde, tantôt dans la troisième; quelquefois, mais très-rarement, dans l'après-dîner. Il sort presque toujours en masse dans une des premières selles; on n'en trouve presque plus ou seulement de petits débris dans les subséquentes. Il serait difficile d'expliquer comment le tœnia vient ainsi en débris ou lambeaux, peu d'heures après l'administration du spécifique; nul doute que, soit la fougère mâle, soit l'écorce de la racine de grenadier sauvage ne soit son véritable poison et que le purgatif que l'on donne, après l'administration de la fougère mâle, n'agisse ici que comme simple évacuant; mais la désarticulation n'est pas aussi concevable.

Je n'ai jamais choisi d'époque, ni du mois, ni de la lune, pour administrer la fougère mâle à laquelle j'ai dû donner la préférence, parce qu'elle m'a toujours réussi. J'ai toujours eu soin de la faire préparer sous mes yeux, de la faire monder exactement, de faire retrancher l'extrémité sèche de chaque gousse, de la faire sécher doucement au four et de renfermer la poudre dans un bocal bien bouché; peut-être dois-je mes succès constants à toutes ces précautions.

Quoi qu'il en soit, le traitement du ver solitaire n'est plus un problème depuis longtemps : la méthode de madame de Nouffer eut une grande vogue pendant bien des années; mais, comme toutes les bonnes méthodes, elle eut ses détracteurs. On se récria contre le purgatif drastique qui suivait l'administration de la fougère mâle; en effet, le purgatif n'était pas admissible dans tous les cas : chez les personnes débiles d'une constitution nerveuse, chez celles surtout qui ont le tube intestinal agacé, irrité, on modifia le purgatif et le remède sans y renoncer.

M. Bourdier, médecin de la Faculté de Paris, prescrivit une forte décoction de la racine de fougère mâle avec un gros (4 grammes) d'éther, à prendre par verrées le matin à jeun. Il donnait un lavement avec la même décoction et deux gros d'éther lorsque le ver était présumé dans les intestins. Il donnait deux onces d'huile de ricin une heure après la dernière prise de la décoction.

Le remède eut de grands succès; mais le plus souvent il fallait le donner deux et trois jours de

Digitized by Google

ment suivie, des médecins d'une grande réputation, tels que MM. Deslandes, Merat, Bourgeois, etc., ont varié l'administration de ce remède : les uns ont donné l'extrait alcoolique ; d'autres, la décoction très-rapprochée ; d'autres, très-étendue ; d'autres, la poudre à petites prises ; d'autres enfin ont donné le remède en un ou deux jours, et d'autres en plusieurs. Tous ont eu des succès et des insuccès. N'ayant jamais donné l'écorce de grenadier sauvage, je ne puis invoquer ma pratique sur ses résultats : elle m'a appris cependant que le remède manquait assez souvent son effet ; j'en citerai deux faits des plus concluants :

M. l'abbé Lecour, du canton de Cryq (Creuse), faisant son séminaire à Limoges, y fut atteint du ver solitaire qui l'avait rendu valétudinaire ; la décoction de l'écorce de grenadier sauvage lui fut administrée à trois reprises sans la moindre apparence de succès : il sortit sans être gueri. Arrivé chez moi durant les vacances, je lui administrai la poudre de fougère mâle réduite en bols, et deux heures après trois prises d'huile de ricin, selon la methode des médecins de Genève. Le ver fut rendu sur les onze heures sans le moindre accident. M. Lecour partit le même soir pour se rendre chez lui, très-content d'être débarrassé de *son cruel ennemi*.

M. Bourderionnet, du même canton, aussi séminariste à Limoges, se rendit chez moi, l'année d'après, également pendant les vacances. Il avait fait usage plusieurs fois de l'écorce de grenadier sauvage pour se débarrasser du ver solitaire dont il était atteint. Le lendemain de son arrivee, je lui administrai, de grand matin, demi-once de la poudre de fougère mâle, réduite en bols, avec le sirop de fleurs de pêcher, le tout en dix minutes. Deux heures après la première prise de l'huile de ricin, le ver fut rendu en mille débris et sans colique. Il partit le lendemain de la maison, se disant guéri.

Il est donc constant que l'écorce de la racine de grenadier sauvage n'est pas toujours un remède certain ; que cette écorce, de l'aveu de ceux qui la préconisent, s'altère aisement ; qu'on ne la trouve pas toujours commodement, et que son administration est souvent suivie de légers accidents.

Il n'en est pas ainsi de la racine de fougère mâle. On peut l'avoir toujours fraîche ; on la trouve partout ; le remède ne coûte rien ; ses bons effets sont constants, prompts et sans accidents.

REVUE MÉDICALE. — Octobre 1840.

Hydropisie enkystée des ovaires; complication d'ascite; par M. H. LARREY.

R..., âgée de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu d'enfants ni fait de fausses couches, a été réglée pour la première fois à quatorze ans ; elle l'avait toujours été jusqu'à vingt-deux ans, époque à laquelle se déclara sa maladie.

A quinze ans elle eut la fièvre jaune, et depuis lors des fièvres intermittentes pendant deux ans, avec un engorgement de la rate qui se dissipa ensuite.

A vingt-deux ans, elle éprouva de violents chagrins ; ses règles se dérangèrent, elle ressentit des douleurs sourdes dans l'hypochondre gauche ; ces douleurs persistèrent quelque temps ; le ventre commença à se tuméfier, et dans l'espace de deux mois il atteignit un volume assez considérable et assez gênant pour exiger la ponction.

Cette simple opération fut faite du côté gauche, le liquide ne fut évacué qu'incomplétement, et le côté droit resta volumineux. Ce fut après cette première ponction que ses règles se supprimèrent complétement.

Depuis cette époque on a fait vingt et une ponctions. Dans les six premiers mois, on évacuait le liquide tous les dix ou douze jours. De ces vingt et une ponctions, treize ont été faites du côté droit, quatre du côté gauche et trois par le vagin. Ces dernières, pratiquées par M. Nonat, ont chaque fois évacué presque tout le liquide enkysté. Après la dix-septième ponction, la malade fut exposée à un courant d'air ; bientôt il survint des symptômes de péritonite assez intense, qui se dissipèrent cependant après huit jours de traitement.

Des renseignements obtenus ultérieurement nous apprirent que cette femme avait eu une vie dissolue, et qu'elle s'était livrée surtout aux excès du coït ; de là sans doute une ovarite aiguë passée ensuite à l'état de chronicité avec dégénérescence.

Entrée le 11 août 1840 à l'hôpital des Cliniques, elle présentait l'état suivant :

Sa santé était bonne ; il n'y avait aucun signe de lésions organiques ; ses fonctions étaient intactes ; ses règles avaient reparu depuis trois mois.

Le ventre, volumineux, saillant, inégal, dur, indolore, présentait à sa partie supérieure la fluctuation ordinaire de l'ascite. Sur le côté droit de l'abdomen, se montrait d'abord, en relief, une tumeur à base peu circonscrite, pouvant avoir quatre pouces de diamètre, un peu bosselée, dure, et adhérente aux parois de l'abdomen (cette tumeur s'était développée après la dix-septième ponction, en même temps que les symptômes de péritonite, et n'avait subi aucun changement sous l'influence d'un vésicatoire que M. Cruveilhier avait fait appliquer pour en obtenir la résolution.

Au-dessous de cette tumeur, et toujours du côté droit, on en sentait une autre plus volumineuse, moins dure, placée plus profondément, sortant de la fosse iliaque. Une tumeur semblable existait aussi

Digitized by Google

tumeur pédiculée du volume du doigt, adhérente, et paraissant formée d'hydatides.

A la partie inférieure de ces deux kystes en existent plusieurs autres petits soit uniloculaires, soit multiloculaires; les uns contiennent un liquide analogue à celui des grands kystes, d'autres seulement de la sérosité limpide. Un de ces kystes, situé à la partie antérieure, contenait de la sérosité opaline dans laquelle étaient suspendus de petits flocons jaunâtres, semblables à des paillettes d'or.

La vessie avait à peu près sa capacité normale; le vagin ne présentait rien de remarquable. L'utérus était peu développé. Malgré tout le soin que nous avons apporté dans la dissection, il ne nous a pas été possible de suivre les trompes de Fallope, et de reconnaître les ovaires, dont les loges dilatées par la sérosité formaient probablement les kystes que je viens de décrire.

Cette observation nous a paru assez intéressante, complétée surtout par son funeste résultat, pour être rapportée avec quelques détails; elle a fourni à M. H. Larrey matière à certaines considérations cliniques sur les causes, les symptômes, la marche et la terminaison des maladies des ovaires, mais sans autres particularités notables pour ce fait que la vérification du diagnostic et la nature des altérations pathologiques.

Gazette des Hôpitaux. — Novembre 1840.

Note sur les polypes de la matrice; par M. Lisfranc.

Une femme couchée au n° 26 de la salle Saint-Augustin, hôpital de la Pitié, était affectée d'un petit polype mince, ressemblant à un morceau de ruban étroit. On constatait l'existence de cette tumeur par le toucher; mais quand on examinait avec le spéculum le col de l'utérus devenu très-rouge, on n'y observait d'ailleurs rien d'anormal. J'imaginai d'essuyer l'extrémité inférieure de la matrice avec un pinceau de charpie; j'en décollai le petit polype; il fut alors très-facile de l'apercevoir.

— Un polype du volume de la dernière phalange du pouce, pourvu de ses parties molles, fut reconnu par le toucher et même à l'aide du spéculum; nous vînmes, le lendemain, pour l'opérer. Nous mîmes inutilement en usage tous les moyens propres à le constater : quelques jours s'écoulèrent et nous le retrouvâmes. Il arrive quelquefois que ces tumeurs remontent dans la cavité de l'utérus, dont l'orifice inférieur se resserre et les rend momentanément inaccessibles à la vue et au toucher.

Plusieurs jours avant et après les règles, et pendant les menstrues, l'orifice inférieur de l'utérus est plus dilaté; c'est alors que le doigt indicateur, introduit dans cet orifice, peut faire reconnaître l'existence d'un polype situé dans l'intérieur de la matrice.

— Une malade de la rue Chabannais éprouvait de temps en temps des douleurs qui ressemblaient à celles de l'accouchement : elle n'était pas enceinte. Plusieurs chirurgiens pensaient qu'elle avait un engorgement de l'utérus; je l'explorai; je partageai d'abord l'opinion de mes confrères, mais il me sembla toucher, à un quart de pouce du centre de la tumeur, une très-légère saillie circulaire, que je supposai pouvoir être le pourtour de l'orifice du col utérin, dont les parois auraient été singulièrement amincies; j'essayai à plusieurs reprises de glisser mon doigt sous cette espèce de relief : je n'y parvins pas. Je réfléchis quelques instants; il me vint à l'idée de presser assez fortement sur le centre de l'extrémité inférieure de l'utérus; je sentis des tissus céder à la pression; je la rendis plus forte encore; je portai ensuite brusquement mon indicateur de dedans en dehors, et il s'engagea facilement entre les parois de la matrice et un polype renfermé dans sa capacité. Les règles étaient sur le point de venir; elles arrivèrent le jour même, une métro-péritonite se développa, elle résista à tous les moyens de l'art. L'autopsie justifia mon diagnostic.

Il suffit d'ouvrir les annales de l'art pour se convaincre des difficultés qui existent ordinairement pour diagnostiquer les renversements de l'utérus. Une femme, couchée au n° 28 de la salle Saint-Augustin, avait été explorée par plusieurs praticiens, qui croyaient à l'existence d'un polype. J'introduisis dans le vagin mes doigts indicateur et médius, je saisis la tumeur et je l'abaissai; je portai dans le rectum le doigt indicateur de mon autre main : je ne trouvai pas la matrice au-dessus du corps que je déplaçais; je conclus que ce corps était la matrice elle-même; plus tard la malade succomba, et l'autopsie confirma mon diagnostic. Mais, peu de temps après, je mis en usage, sur une autre femme, les moyens que je viens d'indiquer; j'y diagnostiquai encore un renversement. Cette femme mourut au bout de quelques mois. L'autopsie nous montra une tumeur fibreuse implantée sur une matrice avec laquelle elle était pour ainsi dire identifiée, et qui, aplatie, offrait à peine le dixième de son volume ordinaire. Il faut conclure de ce dernier fait, qui doit être extraordinairement rare, que l'absence d'une tumeur au-dessus de celle qu'on abaisse, n'est pas toujours un signe pathognomonique du renversement de l'utérus.

Quand, au contraire, au-dessus du corps qu'on attire en bas, on sent, en touchant par le rectum,

Digitized by Google

la malade pendant une demi-heure ou une heure. L'exercice abaisse ordinairement un peu la matrice; souvent alors le toucher parvient à la hauteur convenable.

Si vous ne touchez pas méthodiquement le col de l'utérus, un petit polype celluloso-vasculaire peut vous échapper. Appliquez le doigt au centre de l'extrémité inférieure de la matrice, et décrivez de dedans en dehors des zones, dont la seconde reposera sur la première, et la troisième sur la seconde; en continuant de procéder ainsi jusqu'au delà de l'insertion supérieure du vagin, toute erreur devient impossible.

Une dame était affectée d'un cancer utérin réputé incurable; je partageai d'abord cette opinion émise par des chirurgiens très-distingués. Il existait des pertes sanguines assez abondantes; les végétations faisaient des progrès. Je conseillai de cautériser avec le proto-nitrate acide liquide d'hydrargire; il sortit quelques jours après par le vagin des parties molles flétries, elles avaient le volume d'un petit œuf de poule. Je touchai de nouveau; je trouvai sur la partie inférieure de la matrice une excavation de la profondeur d'un pouce au moins : mon doigt reposait sur un tissu mou, facile à déchirer. Je me demandai alors s'il s'agissait bien d'un cancer, et non pas d'une tumeur dégénérée dans la capacité de l'organe; après y avoir mûrement réfléchi, et persuadé d'ailleurs que cette femme était vouée à une mort certaine si l'art ne tentait rien pour elle, j'explorai encore. Mon doigt indicateur fut appliqué le plus haut possible sur le côté gauche de l'excavation dont j'ai parlé; je lui imprimai de légers mouvements de va et de vient, je pressai doucement, je déchirai lentement. J'étais déjà parvenu à une assez grande profondeur, lorsque j'arrivai sur la paroi de la matrice; je la sentis solide, lisse et polie comme quand on pratique la version du fœtus. Je procédai de la même manière pour les trois autres côtés de l'organe; j'eus le bonheur d'obtenir les mêmes résultats. J'annonçai l'existence d'un polype.

Le lendemain, je saisis le col de la matrice avec une érigne de Museux; je l'amenai à l'orifice inférieur du vagin, il y fut maintenu. J'introduisis mes doigts indicateur et médius dans l'utérus, j'y fis pénétrer la curette dont on se sert dans l'opération de la taille; ainsi je pus extraire presque entièrement une tumeur molle en grande partie dégénérée, et plus volumineuse que le poing. Mais ce qu'il en restait encore était dur, fibreux, et implanté au sommet de la cavité utérine; je le tordis, je l'arrachai avec des pinces à polypes des fosses nasales, je le coupai avec des ciseaux courbes sur le plat. Des injections faites à grande eau entraînèrent beaucoup de débris du corps fibreux. Le toucher permit de constater que tout avait été parfaitement enlevé. L'écoulement de sang fut très-léger.

Des douleurs de reins survinrent. Je mis en usage les moyens indiqués plus haut; ils réussirent. La guérison eut lieu. J'ai appris qu'une récidive est survenue douze ou quinze mois après; j'ignore ce qu'est devenue la malade.

J'ai fait publier, il y a plus de quatre ans, dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'histoire d'un polype volumineux, situé entièrement dans l'intérieur de la matrice; il adhérait à presque toute l'étendue de sa face interne; il fut impossible de le lier. Je l'enlevai avec des ciseaux courbes sur le plat : il n'y eut pas d'hémorrhagie. Il survint de légers accidents, qui cédèrent immédiatement aux moyens que j'ai indiqués dans cette note. La malade guérit. J'ai vu sa famille il y a peu de temps; elle m'a assuré qu'il n'y avait pas eu de récidive.

Les inconvénients de la ligature des polypes sont graves et nombreux. Presque toujours on l'applique en aveugle; souvent les doigts ne peuvent pas l'accompagner assez haut, et souvent aussi elle est mise trop bas. Nous savons qu'il est des tumeurs polypeuses qui n'en meurent pas moins, comme quelques plantes, quand on les coupe à une certaine distance du sol; mais l'expérience n'a-t-elle pas aussi démontré qu'un grand nombre de ces maladies repullule.

La ligature se déplace ou se rompt quelquefois.

La ligature embrasse assez fréquemment une portion de l'utérus, ce qui a toujours lieu lorsque le pédicule de la tumeur est essentiellement formé par le tissu de cet organe : alors il peut survenir de terribles accidents, quelle que soit la constriction du lien dont on se sert. La pathologie et l'anatomie pathologique ont fourni des preuves multipliées de ce fait malheureux.

La ligature expose davantage que la section, les malades aux phlegmasies de l'utérus et du péritoine; l'expérience a sanctionné cette proposition.

La ligature gangrène les tissus qu'elle a embrassés; leur séjour dans les voies de la génération, les liquides putrides qu'ils fournissent ne sont pas sans danger.

Quand on pratique la section des polypes, les hémorrhagies sont extraordinairement rares; d'ailleurs j'ai suivi longtemps la pratique de Dupuytren, j'ai coupé un grand nombre de ces tumeurs; j'ai toujours vu jusqu'aujourd'hui que le tamponnement bien fait rend le chirurgien facilement maître du sang. Comme l'illustre chirurgien que je viens de nommer, je préfère en général cette méthode; je dis en général, car si des hémorrhagies antérieures avaient rendu la femme presque exsangue, la perte nouvelle même d'une petite quantité de sang pourrait être mortelle; la ligature alors mériterait la pré-

Digitized by Google

y ajoutant quelques-uns recueillis par d'autres praticiens.

Les engorgements syphilitiques des testicules sont de deux ordres. Les uns, primitifs, surviennent vers le déclin des urétrites : leur résolution, quoique constante, laisse cependant dans l'épidydyme une induration qui jamais ne se dissipe, et peut aider plus tard dans le diagnostic des engorgements consécutifs.

Il est très-important de connaître cette terminaison, pour ne pas être dupe du mensonge des malades, et pour savoir se guider dans quelques circonstances, ainsi que le prouve l'observation suivante :

Obs. I. — Un malade entra, en 1835, à la maison royale de santé, n. 2 du pavillon, pour faire enlever un durillon qui était situé sous la plante du pied, et qui occasionnait une gêne intolérable dans la marche. J'en fis l'extirpation, et la petite plaie résultant de cette opération se guérit rapidement. Un matin le malade fit sortir son fils et tous les assistants pour me consulter en particulier. Il me montra alors son testicule gauche, et me dit que la veille ou l'avant-veille, en se levant, il s'était frappé le testicule contre un des angles de la table de nuit. Je l'examine, je le trouve souple, mais l'épidydyme est engorgé et dur. Je dis au malade qu'il ne s'est pas frappé le testicule, mais qu'il a eu dans sa jeunesse une urétrite, et par suite une orchite. Il soutient d'abord qu'il n'en est rien ; mais j'insiste ; je l'engage à se rappeler s'il n'a pas eu quelque échauffement, il y a vingt-cinq ou trente ans ; et quand je l'ai remis du petit mensonge qu'il faisait, il avoue qu'il a eu une urétrite et une orchite.

Si mon expérience ne m'avait pas guidé, j'aurais pu ordonner à ce malade un traitement qui aurait été inutile, car ces engorgements ne se résolvent pas, ou craignant une dégénérescence du testicule, et trouvant le cordon testiculaire sain, lui proposer une opération, et en cela imiter ce médecin qui coupait les caroncules myrtiformes, parce qu'il les prenait pour des végétations.

Les engorgements syphilitiques consécutifs du testicule sur lesquels je veux attirer l'attention sont une maladie fréquente et trop souvent méconnue, malheureusement pour les malades que l'on prive d'un testicule, en leur pratiquant une opération dont le moindre inconvénient est d'ôter à l'homme un des signes de la virilité ; car, malgré l'innocuité ordinaire de la castration, elle est quelquefois suivie d'accidents, soit locaux, soit généraux, qui compromettent les jours du malade. Les erreurs de ce genre ont été commises par les praticiens du plus grand mérite. Mon père avait l'habitude, dans ses leçons, de citer l'observation suivante :

Obs. II. — Il enleva l'un des testicules d'un homme âgé d'environ 40 ans, qui faisait le métier de blanchisseur. L'opération fut suivie de succès. Quelque temps après, l'autre testicule s'engorgea, et mon père en fit l'ablation avec un égal succès. A quelque temps de là, ce malade eut une éruption syphilitique consécutive. Mon père reconnut son erreur, et il fit faire un traitement anti-syphilitique, qui fut suivi d'un succès durable, et jamais il ne vit les cordons spermatiques de ce blanchisseur devenir malades.

Obs. III. — Dupuytren fit, dit-on, la même faute que son maître, et il enleva les deux testicules d'un malade placé dans une haute position sociale. Mais, comme son maître aussi, il sut profiter de son expérience, et il empêcha cette double opération d'être pratiquée sur un malade dont l'observation est rapportée dans sa clinique chirurgicale.

Obs. IV. — M. ***, âgé de 40 ans, cultivateur, portait depuis deux ans un engorgement du testicule gauche. Le malade, ancien soldat, avait eu quelques affections vénériennes. Cependant le volume, la dureté et les douleurs lancinantes ne laissèrent aucun doute sur la nature de l'engorgement : on le crut squirrheux ; l'ablation proposée fut acceptée par le malade et pratiquée par le docteur C.... Le cordon, les glandes de l'aîne ne présentèrent aucune altération ; la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation ; mais, au bout d'un mois, le testicule droit commença à s'engorger... Dupuytren fut alors consulté ; il prescrivit les anti-vénériens. A peine un mois s'était-il écoulé, que l'engorgement diminua de volume, et bientôt il ne tarda pas à se résoudre complétement.

Dans ces trois observations, nous n'avons pas l'examen des testicules enlevés. Je n'en ai jamais fait depuis que mon expérience m'a mis à portée de savoir distinguer les engorgements syphilitiques de ceux d'une autre nature ; mais je possède deux observations de maladies désignées sous le nom de sarcocèle, et que je crois devoir être rapportées aux engorgements syphilitiques consécutifs des testicules. La première de ces observations, trouvée dans les papiers de mon père, a été recueillie par M. le professeur Rostan, lorsqu'il était élève à l'hôpital de la Charité. Je la copierai.

Obs. V. — Le 8 janvier 1809, le nommé Bonoler, cordonnier, âgé de 33 ans, et d'un tempérament nerveux, entre à l'hôpital de la Charité, pour un engorgement squirrheux du testicule droit, qu'il porte depuis deux mois environ. La tumeur s'est formée insensiblement sans qu'aucune cause extérieure paraît y avoir donné lieu. Dès que le malade s'aperçoit de cet engorgement, il se fait recevoir dans un hôpital, où il est traité par les cataplasmes émollients, mais vainement. Ils n'apportent aucune amélioration à la maladie. Il se forme même au bout d'un mois un abcès qui s'ouvre, et laisse dans cet endroit un ulcère peu étendu, mais profond. Lorsque le

Digitized by Google

du testicule gauche, semblable à celui qui a nécessité l'amputation du testicule droit. Mes notes ne vont pas plus loin.

Je ne crois pas qu'il soit possible de méconnaître ici un engorgement syphilitique consécutif du testicule, malgré l'apparence tuberculeuse de la matière qui remplaçait l'organe malade, et sur la nature de laquelle il y a probablement eu erreur. Les circonstances antécédentes militent tout à fait en faveur de l'affection syphilitique.

Dans toutes ces précédentes observations, la nature syphilitique des engorgements testiculaires est évidente. L'invasion successive des deux testicules par l'engorgement en est la preuve la plus convaincante. En effet, cet engorgement ne peut être que cancéreux, syphilitique ou tuberculeux. Or, si l'expérience de l'homme, même celle du praticien qui a le plus vu, n'était sujette à faillir, on pourrait avancer avec assurance et certitude que *jamais* le cancer n'envahit successivement les organes pairs, quoique quelquefois il les attaque simultanément.

Cette opinion, émise par Fabre, et toujours répétée depuis lui, est pleine de justesse, et reçoit tous les jours des nouvelles preuves de son exactitude. L'anatomie pathologique vient, dans quelques cas, en aide à l'observation, et confirme ce qu'elle apprend; elle fait bien distinguer un testicule encéphaloïde d'un testicule affecté de toute autre maladie. Elle fait aussi reconnaître le testicule altéré par le cancer lardacé; mais elle devient inutile quand il s'agit de savoir si le testicule squirrheux non suppuré ou suppuré est vénérien ou scrofuleux. L'examen des organes ne montre pas de différences sensibles à la vue entre ces deux altérations : quelquefois même, il n'y a rien de bien tranché dans les symptômes, et je me vois forcé de dire ici ce que je disais il y a quatre ans, dans mon Traité de la syphilis, que l'on a souvent confondu chez l'adulte l'affection vénérienne et l'affection scrofuleuse des testicules. Depuis que mon expérience m'a appris ce que j'avance, je ne me suis pas trouvé à même de vérifier par l'anatomie pathologique les différences qui peuvent exister entre ces deux ordres d'altérations. J'ai constamment guéri les testicules que j'ai présumés vénériens, et quelquefois cependant ils offraient des caractères qui engageaient d'autres praticiens à les croire scrofuleux, comme le prouve l'observation 11. Et lorsque j'ai eu affaire à des testicules en suppuration, il m'a été souvent impossible de savoir à quelle nature d'affection je devais rapporter celle qu'ils présentaient.

Au surplus à quoi servirait l'anatomie pathologique venant nous éclairer sur la nature de la maladie d'un testicule enlevé? C'est avant l'ablation qu'il faut savoir ce qu'on doit faire, et ce n'est pas après l'opération qu'il faut apprendre ce qu'on aurait dû faire.

Je vais donc tâcher d'éclairer ce point de doctrine pour diriger le praticien dans son diagnostic, en faisant observer toutefois qu'il y a des sensations qui conduisent l'intelligence, et qu'elle ne peut ni rendre ni faire saisir aux sens d'une autre intelligence.

Un assez grand nombre de maladies attaquent communément le testicule et ses enveloppes; les symptômes de ces maladies leur sont communs avec l'engorgement syphilitique consécutif de cet organe, d'où il résulte que souvent le diagnostic de ces diverses affections est très-difficile. Je ne remonterai pas aux causes : leur étude utile pour la théorie de la science ne le devient en thérapeutique que lorsqu'une cause spécifique ayant agi, une médication spécifique est seule nécessaire. Or, dans le sujet que je traite, il s'agit de reconnaître la seule maladie du testicule qui exige un traitement spécifique : nous n'aurons donc à nous occuper que des causes de cette affection.

De toutes les maladies du testicule, celles que l'on peut confondre le plus souvent avec l'engorgement syphilitique consécutif sont le cancer et l'engorgement scrofuleux. Je ne parle pas du squirrhe. Dans un mémoire sur le cancer que je compte présenter prochainement, j'exposerai ce qu'on doit entendre par squirrhe et par cancer, et prouverai que ce sont deux maladies distinctes. Malgré tout ce qui a été écrit sur les affections du testicule, et l'exposé en apparence si exact et si distinctif des symptômes, on voit tous les jours des erreurs à cet égard, de la part de chirurgiens très-habiles, et à plus forte raison de la part de praticiens moins expérimentés.

Le cancer du testicule se présente sous deux formes, sous celle du cancer lardacé, et sous celle du cancer encéphaloïde. Etudions ces deux maladies et voyons si nous pourrons les distinguer de l'engorgement syphilitique consécutif.

Le cancer lardacé du testicule affecte trois formes : 1° Le testicule altéré dans sa consistance conserve son volume naturel ou à peu près ; 2° Le testicule altéré dans sa consistance augmente de volume, mais sans acquérir ce volume énorme qu'il prend dans le cancer encéphaloïde ; 3° Le testicule altéré dans sa consistance diminue de volume.

Dans le premier et le second cas, il y a souvent épanchement assez considérable de sérosité, c'est la maladie désignée sous le nom d'hydro-sarcocèle.

L'altération de consistance du testicule dans le cancer lardacé est une induration de cet organe, sans élasticité, occupant le corps du testicule et consécutivement l'épidydyme et le cordon. Bien entendu que je ne dois pas parler ici des sarcocèles qui commencent par le cordon testiculaire. Ils sont faciles à reconnaître, puisque jamais l'engorgement syphilitique consécutif ne suit cette marche. La pression de l'organe est douloureuse : le malade y ressent des

Digitized by Google

qui éprouve de la douleur dans le testicule le touche; il sent l'épidydyme dur, il croit que c'est par là que le mal commence. Le chirurgien, prévenu de cette cause d'erreur, saura l'éviter.

Le cancer encéphaloïde du testicule se présente sous une forme bien différente du précédent. Envahissant en même temps le corps du testicule et l'épidydyme, il forme une tumeur globuleuse, ovoïde, lisse, unie, sur laquelle la peau des bourses glisse aisément, dont le poids n'est pas toujours en rapport avec le volume, et qui est accompagné de la dilatation des veines du scrotum. L'organe malade peut obtenir un volume énorme. J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie royale de médecine, au mois de novembre 1839, un testicule affecté de dégénération encéphaloïde, qui avait acquis une circonférence verticale de 27 pouces, et transversale de 24 pouces. La tumeur n'est pas élastique, mais fluctuante, et cette fluctuation est telle qu'on a vu plusieurs fois des chirurgiens croire à un abcès et ouvrir la poche, d'où n'est d'abord sorti que du sang, et qui plus tard a fourni un champignon fongueux et saignant. Ce cancer si grave et si constamment mortel peut être confondu avec l'engorgement syphilitique consécutif, d'autant plus aisément qu'il parvient souvent à un degré assez avancé sans que le cordon testiculaire soit malade. Les douleurs qui l'accompagnent et dont le caractère lancinant est si tranché, la fluctuation, l'absence d'élasticité éclaireront le chirurgien. Le malade de l'observation dixième présentait des symptômes qui avaient trompé plusieurs praticiens de la province et de Paris, et leur avaient fait admettre un cancer encéphaloïde.

L'engorgement scrofuleux du testicule, ou le tubercule de cet organe, se présente avec des caractères qui sont, dit-on, tellement tranchés qu'on ne peut se méprendre. Je crois en effet que si le sujet est jeune, et s'il offre tous les symptômes de la constitution scrofuleuse, on peut diagnostiquer avec certitude; mais s'il est dans l'âge adulte, il n'en sera pas de même. L'on dit en théorie : Jamais un tubercule n'est unique; par conséquent quand un testicule engorgé présente plusieurs tumeurs isolées, molles, fluctuantes, c'est assurément un testicule scrofuleux; rien ne peut le guérir. Lisez l'observation onzième et vous verrez qu'un testicule offrant plusieurs points de ramollissement et de fluctuation n'était pas scrofuleux. Deux des premiers chirurgiens de Paris l'ont vu avec moi : aujourd'hui il est impossible de savoir dans lequel des deux organes étaient ces points ramollis. Mais, a-t-on dit, quand les deux testicules sont malades à la fois, il ne peut y avoir de doute : tous les deux étaient engorgés chez le malade sujet de cette observation. On voit donc que ces théories émises dans les livres sont trompeuses au lit du malade parce qu'elles sont le résultat du travail de cabinet et non le produit d'une saine expérience.

Comparons maintenant l'engorgement syphilitique consécutif avec les maladies des enveloppes du testicule. Deux de ces maladies peuvent être confondues avec lui : l'hydrocèle simple, et l'hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale. Il peut paraître étonnant que j'établisse ici cette erreur de diagnostic. Je ne l'aurais pas fait si l'observation douzième ne m'en avait fourni un exemple. L'on croyait à un hydrocèle simple; mais si elle a pu être commise dans ce cas, à plus forte raison le serait-elle dans celui où il y a un épaississement de la tunique vaginale. La circonstance qui peut conduire à une pareille erreur, est la coexistence de l'hydrocèle avec l'engorgement syphilitique consécutif, qu'on observe chez plusieurs malades, comme chez ceux des observations onzième et douzième, et la coexistence presque constante des hydrocèles simples avec une légère tuméfaction du testicule. En général, l'épanchement de sérosité est peu de chose en raison du gonflement de l'organe sécréteur, et cette différence avec l'hydrocèle simple, où le gonflement est beaucoup moindre que l'épanchement, servira de guide au praticien. Il est très-aisé dans l'hydrocèle simple d'établir son diagnostic d'après la transparence de la tumeur; mais dans les hydrocèles avec épaississement de la tunique vaginale ou des autres enveloppes du testicule, et dans ceux avec altération de couleur du liquide, il peut se présenter quelques difficultés qu'on lèvera sans peine en faisant une ponction exploratrice. Dans ces cas le poids de la tumeur et sa forme seront de bons guides. L'hydrocèle même épaississement de la tunique vaginale offre constamment une légèreté qu'on ne retrouve dans aucune autre tumeur du testicule, et pour peu qu'on ait d'habitude, on parvient sans peine à reconnaître cette différence de poids. Cependant l'observation treizième est un exemple d'erreur. La forme est un guide certain dans l'hydrocèle simple. Elle est pyriforme, souvent elle ressemble à une calebasse. L'engorgement syphilitique consécutif est ovoïde : fréquemment il offre deux portions à cause du gonflement de l'épidydyme. Il n'y a donc entre ces deux maladies aucun rapport de forme. Le doute ne pourrait exister dans les cas avec épaississement de la tunique vaginale, parce que alors celle-ci prend une forme arrondie qu'on ne retrouve pas dans les hydrocèles simples, petites ou volumineuses, ni dans l'engorgement syphilitique consécutif. Deux observations vont venir à l'appui de ce que j'avance.

La première est d'une hydrocèle où la forme en calebasse de la tumeur me fit reconnaître sa nature malgré l'absence de transparence, dépendante de

Digitized by Google

et après j'indiquerai le traitement, qui doit être le même dans tous les cas.

Obs. IX. — Le malade qui en fait le sujet a été admis à l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur du testicule, prise par des praticiens pour une dégénération cancéreuse lardacée, et que j'ai reconnue de suite pour un engorgement syphilitique consécutif. Le nommé Maillot, cocher, âgé de 41 ans, se présente, le 4 septembre 1839, à la consultation de l'hôpital St-Louis. L'élève qui me l'amène me dit que ce malade a un sarcocèle, et que déjà on a essayé, sans succès, d'obtenir la fonte de la tumeur. Je l'examine, et je dis que c'est un engorgement syphilitique consécutif. Je reçois le malade, et le lendemain je l'interroge à la visite. L'examen des organes génitaux et des aines me fait reconnaître les traces de chancres, qui ont un peu rongé le prépuce, et celles de bubons qui ont suppuré. Le malade avoue qu'il a eu plusieurs urétrites, mais une seule fois des chancres. Le testicule est tuméfié depuis plus de deux mois, et deux médecins de Paris consultés ont ordonné, dans le but de fondre la tumeur, un traitement qui a été inutile. J'engage les élèves qui suivent la visite à bien examiner la tumeur; elle est ovoïde, lisse à sa surface; la peau n'est nullement adhérente; elle jouit dans toute son étendue d'une grande élasticité. On ne distingue ni l'épidydyme ni le testicule; la tumeur est donc unique. Le cordon spermatique est parfaitement sain. J'ordonne le traitement ordinaire, que je décrirai plus bas, et ses effets sont tels que le malade veut sortir le 4 octobre, quoique le testicule ne soit pas encore revenu à son état naturel, et malgré mes instances pour le conserver jusqu'à parfaite guérison.

L'observation que je vais rapporter nous donne l'exemple d'un engorgement consécutif pris pour un cancer encéphaloïde.

Obs. X. — Le nommé Berthé, âgé de 39 ans, musicien, entre à l'hôpital St.-Louis, le 28 mai 1839, pour un engorgement du testicule droit, et l'élève de garde qui l'a admis me dit que cet homme a une dégénération encéphaloïde du testicule. A la visite du matin, j'examine le malade et je trouve que le testicule a acquis un volume triple du volume normal, qu'il a une surface unie et une résistance légère, que le cordon testiculaire est sain, et qu'il n'y a aucune tumeur dans l'abdomen. Je dis au malade, homme assez capable pour raisonner sur sa maladie, qu'il a un engorgement syphilitique du testicule, et qu'on pourra le guérir sans opération. Il me répond qu'il craint bien d'avoir un sarcocèle, que déjà plusieurs traitements ont été faits d'après l'opinion que j'émets, et qu'ils ont été tous infructueux, et que dans le mois qui a précédé son arrivée à Paris, il a fait à Laon, sous la direction d'un médecin de cette ville, un traitement local par les frictions mercurielles et les cataplasmes émollients, traitement absolument semblable à celui que je lui propose. Je persiste dans mon opinion, et le malade consent, d'après ma demande, à suivre mon traitement pendant quinze jours, et moi je m'engage à lui amputer alors le testicule, si aucun changement n'est survenu dans cet organe. Il commence donc immédiatement le traitement suivant. Chaque jour il fait sur le testicule une friction avec 2 grammes d'onguent mercuriel; puis il applique un cataplasme émollient, il boit un pot de tisane de salsepareille avec le sirop sudorifique simple. Avant l'expiration des quinze jours, un tel changement s'était opéré dans la tumeur que le malade ne songeait plus à se faire amputer le testicule. Voyant que 2 grammes d'onguent mercuriel avaient fait tant de bien, il en prit dans l'appareil des pansements, et il fit les frictions avec 4 grammes, ce qui occasionna une salivation, que la suspension de tout traitement pendant quatre jours fit entièrement disparaître. A la fin du mois, le malade se trouve si bien qu'il voulut sortir, malgré mes instances, et quoiqu'il ne fût pas complétement guéri. Le testicule avait repris toute sa souplesse; l'épidydyme était très-distinct; mais il conservait encore quelque dureté. Le malade, depuis, a été revu par M. Basele, mon interne: il était tout à fait guéri.

Dans le mois de décembre 1839, le malade est venu me consulter pour une syphilide squammeuse générale. J'ai examiné son testicule, il était tout à fait revenu à son état normal. Si l'on pouvait douter de la réalité de la nature de l'engorgement du testicule, les symptômes syphilitiques consécutifs manifestés six mois après sa guérison viendraient confirmer l'exactitude du premier diagnostic.

De tous les faits cités dans ce mémoire, celui-ci est le plus curieux et le plus remarquable. Les deux testicules sont devenus successivement malades; les deux tuniques vaginales contenaient de la sérosité; un des testicules présentait trois tumeurs en tout semblables à celles des testicules scrofuleux. Enfin, j'ai combattu l'opinion de deux chirurgiens, dont l'un, très-versé dans l'étude des maladies syphilitiques, M. Cullerier, a une autorité d'un grand poids, et un succès complet est venu prouver la vérité de ce que j'avais avancé. On trouve, de plus, dans cette observation, les effets de l'engorgement des deux testicules sur les fonctions génératrices, qui ont été suspendues momentanément, et qui, par suite du traitement, sont entièrement revenues.

Obs. XI. — M. L***, âgé de 32 ans, négociant, habitant Rio-Janeiro, vint à Paris au mois d'août 1838, pour se faire soigner d'un engorgement du testicule gauche, que l'on croyait ne pouvoir être

drocèle du côté gauche, assez volumineuse, et je m'aperçus qu'il y avait aussi quelque chose du côté droit. Il me dit qu'en effet le chirurgien qu'il avait consulté à Nevers lui avait fait la même observation. Il ajouta qu'il avait dû se faire opérer à Nevers et que le chirurgien était venu chez lui dans cette intention; mais qu'au moment de plonger le trois-quarts dans la tumeur, l'incertitude de l'opérateur, et les gouttes de sueur qui couvraient sont front l'avaient tellement effrayé qu'il l'avait empêché de pratiquer l'opération, et qu'il était venu à Paris pour se débarrasser immédiatement de sa maladie. Il voulait même que l'opération fût faite de suite. Je lui promis de l'opérer le lendemain, et j'ordonnai qu'on préparât tout ce qu'il fallait. Je quittai de suite le malade, qui, ayant passé la nuit en voiture, désirait se reposer.

Le lendemain matin, avant de procéder à l'opération, je juge convenable d'interroger le malade sur le mode de développement de son affection et sur sa cause probable. J'apprends de lui qu'il a eu autrefois des urétrites et des chancres avec de légers engorgements des ganglions lymphatiques inguinaux; que ces affections ont été traitées comme le font les militaires en temps de guerre, c'est-à-dire avec très-peu de soin, et que, depuis quelques mois, il s'est aperçu de l'augmentation du volume des testicules; qu'il n'éprouve aucune douleur, et que, si ce n'était le désagrément du volume, il ne se ferait pas opérer.

J'examine les tumeurs, et je trouve qu'il n'y a pas seulement un amas de sérosité, mais qu'encore il y a gonflement des deux testicules, et guidé par les circonstances commémoratives, et par cette coïncidence de l'engorgement des deux testicules, j'affirme à M. M.., que l'hydrocèle n'est que symptomatique d'une maladie des deux organes, et que cette maladie est syphilitique; et de suite je refuse d'opérer.

M. M... a peine à me croire; cependant, vaincu par mes raisons, il consent à entreprendre le traitement que je lui propose et qui consiste à faire chaque jour, sur la tumeur, une friction avec 24 grains d'onguent mercuriel, et à appliquer un cataplasme émollient.

Au bout de quinze jours, il y avait une diminution notable dans le volume des testicules: toute la sérosité du côté droit avait disparu; presque toute celle du côté gauche était absorbée. Après trente jours de traitement, il ne restait plus de sérosité dans la tunique vaginale gauche : les testicules étaient presque revenus à leur volume naturel. Aussi M. M... a voulu quitter la Maison Royale de santé le 19 février, pour retourner à ses occupations. Il a continué chez lui le traitement commencé, il m'a écrit plusieurs fois : le testicule gauche qui était moins gros que le droit, mais dont la tunique vaginale contenait une grande quantité de sérosité, a été guéri le premier; le gauche a eu plus de peine à reprendre son volume naturel; mais enfin au bout de six mois, il était tout à fait guéri.

Mais si je rapporte des observations où j'ai su reconnaître la nature de la maladie, je ne dois pas passer sous silence celles où je me suis trompé. Heureusement pour moi que mon erreur a été partagée par un des chirurgiens les plus distingués et les plus haut placés, M. le professeur Roux. C'est une nouvelle preuve de la difficulté du diagnostic.

Obs. XIII. — M. R..., âgé de 25 ans, se présente dans mon cabinet pour me consulter sur une tumeur des bourses. Je l'examine et je trouve le testicule gauche tuméfié. Le poids de la tumeur fait naître dans mon esprit quelques doutes sur sa nature. Je crois convenable de la regarder à la lumière; mais cette recherche ne m'apprend rien. Je dis au malade qu'il a un engorgement syphilitique consécutif du testicule, et je lui indique le traitement approprié. Il me répond qu'il a consulté M. Roux, qui lui a dit la même chose, et qu'en conséquence il va faire ce traitement. Au bout de quatre mois environ, je revois le malade dont la tumeur a le même volume. Il me raconte qu'ayant fait pendant deux mois le traitement ordonné par M. Roux et par moi, sans en avoir obtenu d'heureux résultats, malgré la précision avec laquelle il a suivi l'ordonnance, il a consenti à laisser ponctionner la tumeur par un jeune médecin de ses amis. La ponction faite avec un très-petit trois-quarts, a donné issue à une sérosité limpide, et la tumeur a été complétement vidée. C'est donc une simple hydrocèle, qui s'est de nouveau remplie, et il me prie de lui faire l'injection pour la cure radicale. Le malade seul à Paris, préfère entrer à la Maison Royale de santé. Il prend donc un lit au n° 6 de la salle commune. Son ami n'avait jamais vu la transparence; une nouvelle exploration très-attentive ne m'en laisse voir aucune : néanmoins, d'après les antécédants, je me décide à l'opération; je la pratique le 13 mai 1836 en présence du jeune médecin qui avait fait la première ponction. Le canule du trois-quarts donne issue à une sérosité limpide; mais l'examen de la tunique vaginale fait reconnaître qu'elle a acquis une épaisseur de un à deux millimètres, et je fais part au jeune médecin et au malade, son ami, de la crainte que j'ai de ne pouvoir obtenir une cure radicale, et de celle plus fâcheuse encore d'être obligé d'en venir à l'ablation du testicule. L'injection vineuse est faite selon les règles, puis des applications de compresses trempées dans le vin chaud sont continuées pendant huit jours. La tumeur ayant alors repris sa grosseur première, j'emploie les cataplasmes émollients. La piqûre du trois-quarts ne s'est pas fermée; du pus s'est écoulé par son ori-

Digitized by Google

J'ai employé une fois 500 grammes d'onguent mercuriel en friction, comme je le dirai plus bas.

Si le malade ne veut pas se soumettre au traitement complet, je donne la dose de frictions locales plus forte : ainsi 120, 150 centigrammes. Cette méthode est mauvaise ; j'en ai signalé plus haut l'inconvénient.

Pour tisane, j'administre la décoction de salsepareille avec le sirop sudorifique.

J'ai toujours exigé le repos au lit; j'ai suivi les préceptes donnés généralement, quoique je les croie inutiles. Le séjour au lit est plus commode à cause du cataplasme; mais je pense qu'on pourrait s'en dispenser si les malades avaient absolument besoin de marcher.

Nous voyons, en effet, l'engorgement du testicule diminuer chez les sujets des observations 8, 9 et 10, quoiqu'ils se livrent à un exercice actif. Je n'oserais cependant pas donner ce précepte comme formel; c'est au chirurgien à savoir en faire l'application.

Ce traitement bien simple, trop simple peut-être pour certaines personnes, qui ne croient bien pratiquer la médecine ou la chirurgie qu'en s'entourant d'une foule de médicaments ou d'instruments, peut, si l'on fait erreur de diagnostic, être suivi d'accidents graves. Si, prenant un cancer du testicule pour un engorgement syphilitique consécutif, le praticien fait faire des frictions mercurielles, il verra le mal conduire rapidement le malade au tombeau, au milieu des douleurs les plus atroces. Qu'il soit donc réservé dans son diagnostic, et que, dans les cas douteux, il agisse avec prudence; qu'il commence par des frictions à doses très-minimes d'onguent mercuriel; qu'il les augmente s'il obtient de l'amélioration, ce qui arrive promptement dans les cas de syphilis constitutionnelle; mais qu'il les cesse de suite si l'emploi de ce médicament réveille les douleurs.

DEUXIÈME PARTIE.

Dans la deuxième partie de ce mémoire je donnerai quatre observations très-curieuses.

La première est celle d'une syphilis qui a été communiquée par morsure au sein, et dont les symptômes consécutifs ont été méconnus, le malade assurant n'avoir jamais eu de maladie syphilitique aux organes génitaux.

La deuxième est celle d'un malade chez lequel les symptômes furent méconnus pendant sept années. Ils n'ont été que soupçonnés, et par conséquent des traitements incomplets ont toujours été entrepris. Ce malade était tellement persuadé que les accidents qu'il éprouvait n'étaient pas de nature syphilitique, qu'il m'a fallu deux années de persévérance pour l'engager à faire un traitement anti-syphilitique.

La troisième observation est celle d'un malade qui a été tourmenté pendant cinq ans d'accidents de nature évidemment syphilitique qui ont paru à la peau et au périoste, et qui depuis un an ont entièrement disparu sous l'influence du traitement anti-syphilitique. La dose d'onguent mercuriel employée en frictions a été portée à 14 onces, ce qui donne 440 à 450 grammes.

Enfin la quatrième observation est celle d'une femme entièrement paralytique à laquelle l'emploi de 500 grammes d'onguent mercuriel en frictions a rendu le mouvement.

OBS. XV. — Cette observation est une tradition reçue de mon père et que ceux de ses élèves qui ont longtemps suivi ses leçons doivent se rappeler. La difficulté du diagnostic, et les erreurs qui en résultèrent, venaient du mode extraordinaire d'inoculation, qu'aucun praticien ne pouvait soupçonner, et qui ne fut découvert que lorsque le malade présenta sur tout le corps des symptômes de syphilis consécutive.

Un jeune homme devant partir pour les colonies voulut, avant son départ, passer la nuit avec une fille publique; mais dès qu'il fut couché avec elle, la crainte de gagner la syphilis et d'en ressentir les effets dans son voyage le paralysa ou au moins l'empêcha de consommer l'acte vénérien.

La femme, tout à la fois excitée par la présence de ce jeune homme et irritée de son indifférence, lui fit, dans son orgasme, une légère morsure au sein. Le jeune homme partit le lendemain pour le Hâvre, et immédiatement pour les colonies. Il s'aperçut en route que la morsure faite par cette femme ne se guérit qu'au bout de deux à trois semaines : il sentit de la gêne et du gonflement dans l'aisselle correspondante; il attribua ces symptômes à la fatigue du voyage sur mer, et perdit complétement de vue cette légère blessure. Au bout de trois ou quatre ans, il lui survint sur le dos des pustules dont quelques-unes s'ulcérèrent. Les soins de propreté et les pansements simples suffirent pour les guérir avec peine, et quand un ulcère se fermait d'un côté, il en venait un d'un autre côté. D'autres pustules se manifestèrent aux membres, et des ulcères leur succédèrent aussi. Des périostoses parurent au sternum, aux clavicules, au crâne, et elles furent accompagnées de la nécrose des os. Au bout de trois années de traitements variés et infructueux, le malade revint en France, où il consulta successivement un grand nombre de médecins qui n'arrivèrent pas à connaître la maladie, surtout d'après la certitude que leur donnait le malade qu'il n'avait jamais eu de syphilis. Enfin dans une consultation où mon père fut appelé et où il assura qu'un ulcère du front était syphilitique et la conséquence d'une périostose, les consultants parvinrent, à force de questions, à faire raconter au malade ce qui lui était arrivé avec la fille

Digitized by Google

ajoute les vésicatoires volants et les bains de cinabre qui sont aussi inutiles.

Au mois d'octobre 1835 il apparaît une périostose sur l'extrémité externe de la clavicule gauche.

Dans l'hiver de 1835 et 1836 aux douleurs se joint une toux qui fait soupçonner que les poumons deviennent malade et engage le médecin de M. P... à lui ordonner les moyens propres à prévenir ou combattre la maladie de poitrine imminente. Mais dès le mois de mai M. P... cessa tout traitement.

C'est à l'automne de 1836 que je vois pour la première fois M. P... à la campagne dans une maison tierce; et M. P... sachant que j'étais médecin, me demande de le guérir, parce que la vie lui devient à charge à cause des douleurs qu'il éprouve. M. P... était réduit à un grand degré de maigreur; sa peau avait une teinte jaune terreuse, il ne pouvait dormir ni jour ni nuit : dès l'année 1835 il passait ses nuits dans un fauteuil, pensant que la chaleur du lit devait augmenter ses douleurs; seulement le matin il se plaçait sur son lit au moment où elles cessaient; mais il ne pouvait guère y rester plus de deux heures; leur retour le réveillait.

Les douleurs, moindres le jour que la nuit, revenaient le soir au moment du coucher du soleil avec une telle intensité, que j'ai vu une fois M. P... obligé de quitter la table au bout d'un quart d'heure tant elles devenaient fortes, et de monter dans son appartement.

Ennuyé de l'insuffisance de tous les traitements employés, M. P... n'en fait aucun dans l'hiver 1836 et 1837. Dans l'été 1837 il va prendre les eaux de Néris, d'après les conseils d'un médecin qui soupçonne un rhumatisme, et il en revient aussi souffrant qu'il en était parti.

Dans l'automne de 1837, je me trouve de nouveau à la campagne avec M. P..., et un jeune médecin de ses amis, qui me consulte pour lui et me montre d'énormes taches de la peau ayant leur siége à la poitrine et au dos, et dont la couleur, la forme, et l'apparence générale me font aisément reconnaître des taches syphilitiques. Elles avaient la couleur jaunâtre que j'ai indiquée dans mon traité sur la syphilis. J'affirme de nouveau à M. P... qu'il a une syphilis constitutionnelle qui ne pourra guérir que par les frictions mercurielles. Il paraît douter encore de mon assertion. A cette époque M. P... ne se couchait plus, il passait la nuit sur un fauteuil en éprouvant dans les articulations et les membres des douleurs atroces, qui ne cessaient qu'au matin et que les opiacés ne calmaient plus comme par le passé; dans le jour, il souffrait moins; mais dès que le soir arrivait, les douleurs revenaient. Le jeune médecin, ami de M. P..., le décide à suivre le conseil que je donnais, et au mois d'octobre 1837 il commence, sous la direction de M. Lagneau, un traitement anti-syphilitique consistant : 1° En une tisane de salsepareille édulcorée avec un mélange de sirop de bourrache et de rob de sureau; 2° des pilules de deuto-chlorure de mercure, d'extraits d'opium et de gayac; des frictions mercurielles, tous les quatre jours, la première à 1/2 gros, la deuxième à 1 gros, la troisième 1 gros 1/2, la quatrième 2 gros, ainsi que les autres.

Quinze jours après le commencement de ce traitement, le malade fut étonné de ne plus sentir de douleurs aux genoux, au point, m'a-t-il dit, qu'il aurait pu se coucher; mais l'habitude qu'il avait de rester assis sur une chaise pendant la nuit était si grande qu'il ne put se décider à se mettre au lit. Enfin l'amélioration devint telle que M. P..., qui paraissait atteint de consomption, et qui, d'après les ordonnances qui lui ont été données, était atteint de phthisie pulmonaire aux yeux de quelques praticiens, a retrouvé la santé, a repris de l'embonpoint, et est aujourd'hui très-bien portant. Pendant le traitement il a été menacé de salivation, mais elle n'est pas venue. C'est aussi pendant le traitement qu'il a vu s'abcéder la périostose de la clavicule, et dernièrement j'ai sondé l'ulcère fistuleux et j'ai trouvé la clavicule nécrosée.

M. P... ayant fini son traitement au mois de mars 1838, alla passer l'été à la campagne et pendant six semaines il se mit à l'usage du laitage et d'une nourriture très-fortifiante : ce régime rendit à son estomac toute son activité, et donna au malade un embonpoint remarquable.

Dans le mois de janvier 1839, M. P... a eu à la jambe gauche une pustule qui a été accompagnée d'un engorgement considérable du membre; il est venu me voir : quelques frictions mercurielles ont fait disparaître entièrement ce symptôme.

Cet accident est venu confirmer à M. P... ce que je lui avais dit après son traitement. Je l'avais prévenu qu'il n'avait pas employé une dose assez forte d'onguent mercuriel, et que probablement il lui surviendrait encore quelqu'accident syphilitique. Quoiqu'il ait reconnu la vérité de mon assertion, il n'a pu se décider à faire de nouveau usage de ce médicament.

Obs. XVII. — (Recueillie en 1838). — M. B..., âgé de 52 ans, demeurant à Paris, a eu dans sa jeunesse une urétrite, qui a cédé sans difficulté à un traitement antiphlogistique. Je n'ai pu savoir de lui s'il avait eu en même temps un engorgement des ganglions lymphatiques inguinaux, quoique l'examen attentif des deux aines me fasse reconnaître de chaque côté quelques ganglions arrondis et très-durs.

Depuis l'époque de cette urétrite, M. B... n'a eu aucune affection syphilitique soit primitive, soit consécutive. En 1833, il s'aperçut qu'il lui survenait souvent des rougeurs à la peau des jambes, et des

Digitized by Google

des membres supérieurs, mais ne pouvait en faire exécuter aux membres inférieurs : elle restait placée comme on la mettait, et si elle voulait prendre une autre position, il fallait qu'on la lui donnât. Plusieurs traitements avaient été mis en usage, aucun n'avait produit de guérison.

Persuadé que la maladie de cette femme était une syphilide, je lui fis faire un traitement anti-syphilitique mercuriel par les frictions, d'après les principes que j'ai émis, et je lui donnais pour tisane la décoction de salsepareille avec le sirop sudorifique simple. Dans l'espace de neuf mois elle fit usage de 16 onces ou une livre d'onguent mercuriel, sans jamais avoir eu la moindre menace de salivation. Elle pouvait à cette époque descendre de son lit, y remonter, entrer dans un bain et en sortir seule. Je voulais pousser plus loin la dose de mercure; la malade s'y refusa.

Elle sortit de l'hôpital dans cet état.

Gazette médicale. — Novembre 1840.

Observations d'opérations de bec-de-lièvre faites, peu de temps après la naissance, par un procédé nouveau.

M. le docteur Fourquet publie deux observations pour appuyer l'opinion des praticiens qui pensent que le bec-de-lièvre doit être opéré peu de temps après la naissance.

Un enfant du sexe féminin vint au monde atteint d'un bec-de-lièvre compliqué de la séparation des os qui forment la voûte palatine, et de la division complète du voile du palais. Cette enfant ne pouvant avaler les liquides qu'avec beaucoup de peine, ses parents se décidèrent à la laisser opérer le vingt-quatrième jour après sa naissance. Voici le procédé que suivit M. Fourquet, et la description qu'il en donne :

« Le premier temps, dit-il, consista à détacher de l'os maxillaire gauche le frein de la lèvre, à l'aide d'un bistouri droit; le second, à disséquer le bord droit de la fente anormale jusqu'au-dessous de l'aile correspondante du nez, pour favoriser la coaptation des parties; le troisième, à rendre saignants les bords du bec-de-lièvre, avec des ciseaux droits *bien évidés*. L'artère coronaire (labiale) du côté droit donnant un jet de sang considérable, est oblitérée momentanément par la compression exercée par les doigts d'un aide; dans le quatrième temps, trois points de suture enchevillée sont placés à la faveur de trois aiguilles à ravauder, assez fines, flexibles, et dont la pointe est aiguisée en *fer de lance*. Chaque aiguille est garnie d'un cordonnet de soie ciré et plié en double, disposé de manière à former une anse à l'une de leurs extrémités, pour recevoir l'une des chevilles, qui sont composées avec un peu de carton fin roulé dans du sparadrap. Le cordonnet de soie est semblable à celui qui ordinairement sert à lier les artères. J'ai craint que le sparadrap seul, en se ramollissant par la chaleur, ne donnât pas aux petites chevilles une résistance suffisante. Le premier point de suture (l'inférieur) est placé à environ un millimètre du bord libre de la lèvre, avec la précaution de faire saillir légèrement en bas la partie correspondante de la division, non dans l'intention de former le petit *mamelon* qui existe naturellement au centre de ce bord, car la réunion ne correspondait pas parfaitement au centre, mais pour éviter l'espèce d'échancrure qui est presque toujours le résultat de la réunion de toute solution de continuité de cette espèce. L'hémorrhagie de l'artère labiale cesse par l'effet de ce premier point de suture. Le point supérieur comprend la partie inférieure de la cloison du nez, dans la vue de l'incliner à gauche par l'action rétractile de la cicatrice. Le point du milieu est placé, comme les précédents, à environ six millimètres du bord de la plaie, et à la réunion des trois quarts antérieurs avec le quart postérieur de l'épaisseur de la lèvre. Les *chevilles* sont disposées d'après les règles connues, mais avec cette particularité que leur extrémité inférieure dépasse juste assez le bord libre de la lèvre, de manière à pouvoir y placer une anse de cordonnet destinée à opérer un rapprochement exact à la partie la plus déclive de la division, et obtenir ainsi sur ce point la cicatrisation la plus régulière possible. Ce premier appareil est soutenu par des bandelettes de sparadrap, dont la largeur est proportionnée à la hauteur de la lèvre, et la longueur suffisante pour être croisées *deux fois* sur la suture. Leur partie moyenne est appliquée sur l'occiput, et les deux extrémités, ramenées de chaque côté sur la lèvre, passent sur deux compresses graduées placées sur et derrière les joues. Une bande de sparadrap, large d'environ quatre centimètres, et disposée en *mentonnière*, fait deux fois le tour de la tête, et fixe en même temps la coiffe de l'enfant. »

Après l'opération, l'enfant fut assez tranquille; elle s'endormit, et put sucer un peu de lait coupé au bout de trois heures. Les points de suture furent enlevés le quatrième jour, et remplacés par des bandelettes de diachylon. Ce bandage ne fut enlevé lui-même qu'au bout de plusieurs jours et alors seulement que la guérison fut bien assurée. La succion étant devenue beaucoup plus facile, l'enfant se nourrit fort bien, et était dans un état d'embonpoint satisfaisant, lorsque plusieurs mois après elle succomba à une inflammation très-aiguë des intestins.

A l'autopsie, on trouva la lèvre complétement

Digitized by Google

ont mis ces vérités en évidence pourraient être cités en grand nombre ; mais l'étendue très-considérable de ce mémoire ne me permettra que d'en donner un résumé succinct ; je me réserve de les publier avec détail dans un ouvrage étendu auquel je travaille, sur les maladies articulaires.

J'ai cru devoir exposer en quelques mots les propositions que je vais développer sur les causes des positions dans les maladies articulaires, sur les effets qu'elles produisent, les indications thérapeutiques qui résultent de leur connaissance, les appareils nécessaires pour remplir ces indications et les résultats que m'a donnés l'emploi de ces appareils. En embrassant ainsi de prime-abord l'ensemble de mon travail, le lecteur appréciera mieux l'enchaînement logique des diverses parties dont il se compose et il sera moins exposé à perdre cet enchaînement de vue au milieu des détails que je n'ai pu éviter, en démontrant les propositions qui nécessitaient d'autant plus de preuves qu'elles se lient moins aux connaissances jusqu'à présent acquises.

PREMIÈRE PARTIE.

CAUSES DES POSITIONS QU'ADOPTENT LES MALADES DANS LES LÉSIONS ARTICULAIRES.

Ces causes sont :

1° Les effets physiques de l'accumulation des liquides dans les cavités synoviales.

2° La nécessité de choisir des positions où les articulations malades soient aussi fixes que possible.

3° Le poids des membres et les pressions exercées sur eux par les corps environnants.

4° Les contractions permanentes des muscles.

1° INFLUENCE QUE L'ACCUMULATION DES LIQUIDES DANS LES CAVITÉS ARTICULAIRES EXERCE SUR LA POSITION DES MEMBRES.

J'avais observé, depuis plusieurs années, que dans les hydarthroses du genou, et pendant l'extension de la jambe, la tumeur formée par l'accumulation de la sérosité présentait une fluctuation qui se faisait sentir d'une extrémité à l'autre du genou, quel que fût le point où la pression des doigts déplaçât le liquide ; mais que lorsque la jambe était fléchie à angle droit sur la cuisse, cette fluctuation cessait d'être transmissible de la partie supérieure à la partie inférieure de la membrane synoviale ; on n'observait plus alors que des fluctuations partielles au-dessus et au-dessous de la rotule. Je me rendis compte de ce phénomène par la tension de la capsule fibreuse qui, dans la flexion, appuie avec force sur la partie antérieure et inférieure des condyles du fémur, et isole les parties sus et sous-rotuliennes de la cavité synoviale.

Pendant plus de trois ans, chaque fois que je renouvelais l'observation de ce phénomène remarquable, je projetais de l'étudier avec précision, en injectant de l'eau dans l'articulation du genou, et cherchant si, après cette injection, j'observerais la fluctuation générale pendant l'extension de la jambe et les fluctuations partielles pendant sa flexion.

Cependant, je négligeai de mettre à exécution cette idée, et ce fut seulement dans les derniers mois de l'année 1839, qu'entraîné par les exigences d'un cours spécial que je professais sur les maladies articulaires, je pratiquai cette injection en introduisant le tube d'une seringue à travers un trou fait au prolongement que la synoviale envoie au-dessus de la rotule. Il se trouvait heureusement que la jambe avait été amputée à sa partie moyenne sur le cadavre qui servait à l'expérience, et que le membre, rendu ainsi moins pesant, pouvait céder facilement aux impulsions qui lui étaient communiquées. Quel ne fut pas mon étonnement en voyant le genou se fléchir sitôt que la synoviale fut distendue, et cette flexion augmenter à mesure que je poussais avec force le liquide !

Frappé de ces phénomènes inattendus, je ne tardai pas à me demander si l'on ne pourrait pas en observer d'analogues dans toutes les articulations, et je résolus d'éclairer ces doutes par de nouvelles expériences.

Je fus un instant arrêté dans ce projet par la difficulté de son exécution. Le genou seul offre un prolongement libre de sa membrane synoviale qui permet de fixer le bec d'une seringue ; mais un peu de réflexion ne tarda pas à me montrer que cet obstacle était sans importance. Il suffit en effet de faire un trou avec un foret à l'un des os qui composent une articulation, pour qu'on puisse introduire dans ce trou le tube d'une seringue, et injecter avec toute la force dont on est capable des liquides dans la cavité articulaire.

C'est par ce procédé si simple que j'ai fait des injections de liquides dans toutes les jointures, et observé avec MM. Martin et Eugène Bonnet, internes de nos hôpitaux, qui m'ont si bien secondé dans ce long et pénible travail, les faits que j'exposerai plus loin.

Pour répéter les expériences avec succès, il faut :

1° *Introduire le liquide à travers une perforation faite à l'os qui doit rester fixe.*

Dans le mouvement que détermine l'injection des liquides dans les cavités articulaires, l'un des os qui forment ces articulations reste fixe, et l'autre se meut ; si l'on fait l'injection à travers l'extrémité articulaire de ce dernier, on peut rester incertain sur la cause des mouvements qu'il exécute ; ceux-ci

Digitized by Google

os, c'est évidemment parce que ces os s'écartent les uns des autres.

2° *L'accumulation forcée d'un liquide dans une articulation donne aux os qui forment celle-ci des rapports qui sont toujours les mêmes, quelle que soit la position des membres avant l'injection.*

Dans les premières expériences que je fis sur les injections forcées dans les jointures, je vis que le genou était légèrement fléchi, le pied étendu, le bras porté dans l'abduction combinée avec un léger mouvement en avant. D'après ces faits, je disais que l'injection du liquide dans les cavités articulaires fléchissait le genou, tendait le pied, portait l'humérus en avant et en dehors ; mais en répétant les expériences dans les conditions les plus variées, je trouvai des cas où le genou fut étendu au lieu d'être fléchi, le pied fléchi au lieu d'être tendu, le bras porté en arrière au lieu d'être porté en avant. Je fus un moment déconcerté par cette contradiction apparente entre les résultats que j'obtenais. Mais en cherchant la cause de cette contradiction, je ne tardai pas à la trouver dans la position où se trouvaient les membres au moment de l'expérience. Ainsi, pour ne citer que le premier fait où je reconnus la raison de la variété des phénomènes, nous avions injecté l'articulation de l'épaule sur des cadavres assis et le bras pendant sur les côtés du tronc. L'humérus avait alors été porté un peu en avant et en dehors. Dans une autre expérience, le cadavre était couché sur le ventre, les bras pendants sur les côtés de la table, et faisant un angle droit avec l'axe du tronc. Ce fut dans ce cas que l'humérus se porta en arrière ; mais s'il parut d'abord éprouver une impulsion différente de celle qu'il avait reçue dans les premières expériences, un peu de réflexion ne tarda pas à nous désabuser. Nous vîmes, M. Martin et moi, que dans l'un et l'autre cas, le bras était ramené à une position, toujours la même, par rapport à l'omoplate et au tronc ; c'est-à-dire à une position presque parallèle à celui-ci, et qu'il se portait un peu en dehors et en avant de lui. Si, au moment de l'expérience, son extrémité inférieure était en arrière du tronc, l'injection la ramenait en avant ; si, au contraire, cette extrémité regardait en avant, l'injection la ramenait en arrière ; les résultats opposés en apparence, loin de se contredire, se confirmaient donc et se réunissaient pour montrer que, quelle que fût la position du bras avant l'injection, il était ramené par celle-ci à une position toujours la même. Les détails dans lesquels j'entrerai, en traitant de chaque articulation en particulier, montreront toute la généralité de la proposition que j'avance.

3° *Tant que la cavité articulaire est fortement distendue, les rapports qu'ont pris les os ne peuvent être changés.*

Cette observation peut être reproduite dans toutes les expériences où la cavité synoviale est fortement distendue. Tant que l'os ne donne issue à aucune partie des liquides, tous les efforts pour faire mouvoir les os restent impuissants, ou s'ils produisent un effet, ce n'est qu'après que la synoviale s'est rompue, et que le liquide a pu s'écouler au dehors. Cette rupture une fois opérée, les mouvements deviennent libres, et l'articulation retombe sans peine dans la position où l'entraîne la pesanteur.

4° *La position fixe que prennent les os qui constituent une articulation, lorsqu'un liquide est injecté dans celle-ci, est celle où la cavité articulaire est la plus spacieuse.*

Je me suis convaincu de l'existence de cette disposition, en observant que lorsqu'on a rempli une cavité articulaire d'un liquide poussé avec assez de force pour faire mouvoir les os et les amener à une position fixe, il est impossible de faire exécuter aucun mouvement sans qu'une partie du liquide ne soit repoussée de l'articulation. Toutefois, le mémoire de M. Jules Guérin sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses m'a donné l'idée d'une méthode de recherches plus précise. Voici le passage de ce mémoire où j'ai puisé cette idée :

« J'ai introduit, dit M. Guérin, dans l'intérieur des cavités de la hanche et du genou, l'extrémité effilée d'un tube recourbé et gradué de deux lignes de diamètre, analogue au tube de Welther, dans lequel se trouvait un liquide coloré. Le niveau des deux colonnes de liquide ne s'élevait qu'à la moitié de la hauteur des deux branches parallèles ascendantes du tube. A chaque mouvement de flexion pour l'articulation du genou et de flexion et d'abduction pour l'articulation de la cuisse avec la hanche, le liquide montait du côté correspondant à l'articulation et sous l'influence de mouvements un peu brusques, il se précipitait dans l'intérieur de la cavité articulaire. »

J'ai répété ces expériences avec quelques légères modifications rendues nécessaires par la différence des problèmes que je voulais résoudre ; j'ai obtenu les mêmes résultats que M. Guérin. Après avoir injecté de l'eau dans une articulation à travers une perforation faite aux os et avec assez de force pour que la synoviale fût fortement distendue et que les os eussent été amenés aux rapports que j'ai appelés fixes, si je substituais à la seringue un tube de verre droit de 40 à 50 centimètres de long, il était impossible de faire exécuter au genou un mouvement quelconque sans que le liquide ne remontât dans le tube. Sitôt au contraire qu'on ramenait l'articulation dans les rapports où elle se trouvait au moment de sa distension, le liquide descendait dans le tube et rentrait même en totalité dans la cavité synoviale.

Digitized by Google

quer, malgré tant d'assertions contraires, la position demi-fléchie des membres inférieurs est pénible dans le décubitus dorsal; je m'en suis assuré en expérimentant moi-même cette position, suivant l'idée qu'avait eue et qu'avait mise à exécution M. Boissière, interne de nos hôpitaux. La demi-flexion n'est commode que lorsqu'on se couche sur le côté; dans ce cas la base de sustentation étant insuffisante, si les membres inférieurs sont dans l'extension, le tronc ne peut rester immobile qu'à l'aide d'un effort continu; sitôt que les membres sont fléchis, l'immobilité n'exige plus aucun effort.

3° INFLUENCE QU'EXERCENT SUR LA POSITION DES MEMBRES LEUR POIDS ET LES PRESSIONS EXERCÉES SUR EUX.

L'influence qu'exerce la pesanteur sur la position des membres varie singulièrement, suivant la position du tronc. Ainsi, dans une maladie du membre inférieur, si le malade est couché sur le dos, le membre, par son propre poids, est ramené à l'extension et a seulement quelque tendance à se tourner au dehors; mais si le tronc se renverse du côté malade, c'est nécessairement en dehors que l'articulation affectée est entraînée par son poids; enfin, lorsque par habitude, ou pour éviter des pressions douloureuses, le malade se couche sur le côté sain, comme on le voit souvent dans les maladies de la hanche, le membre affecté se renverse en dedans. Ces effets sont d'autant plus marqués que les articulations venant à se fléchir, et le genou s'éloignant par cela même de sa base de sustentation, est plus facilement entraîné en dehors de cette base.

Le poids des couvertures, lorsqu'on n'y soustrait pas le malade, agit dans le même sens que le poids des membres; il tend à renverser les membres inférieurs en dedans ou en dehors, s'ils ont déjà commencé à éprouver l'un ou l'autre de ces mouvements.

4° INFLUENCE QU'EXERCENT SUR LA POSITION DES MEMBRES LES CONTRACTIONS MUSCULAIRES.

Les contractions convulsives et permanentes des muscles, sous l'influence d'une affection nerveuse, causent et entretiennent un grand nombre de positions vicieuses; on en a la preuve dans les déformations consécutives aux maladies du système nerveux, et qui sont indépendantes de lésions articulaires; mais dans ces lésions, comme rien ne sollicite la contraction d'un muscle plutôt que celle d'un autre, il me semble fort douteux que la contraction des uns prédominant sur celle des autres influe primitivement sur les positions. Mais si les contractions musculaires ne sont pas une cause primitive de ces positions, elles contribuent puissamment à les rendre permanentes; car lorsque les os se sont maintenus longtemps dans de certains rapports, les muscles qui servent à les mouvoir s'allongent et se rétractent suivant le degré de tension qui est exercé sur eux, et lorsqu'ils ont éprouvé pendant longtemps une rétraction consécutive, il devient très-difficile, impossible même de les allonger. L'obstacle qu'ils opposent alors au redressement s'ajoute à toutes les autres causes, qui rendent celui-ci plus ou moins difficile.

5° INFLUENCE RELATIVE DES DIVERSES CAUSES JUSQU'ICI ÉNUMÉRÉES.

Si j'ai donné une si grande place dans ce mémoire aux effets physiques produits par l'accumulation des liquides dans les cavités articulaires, c'est plus pour faire connaître un ordre tout nouveau d'expériences que par suite de l'importance que j'attache à cette cause, comme influant sur les rapports des os entre eux. Sans doute, lorsque de la sérosité, du pus, de la matière organisable, sont accumulés dans les articulations en masses assez considérables pour en distendre violemment les cavités, la position des os doit être celle que nous produisons artificiellement par nos injections forcées; elle est une conséquence physique si nécessaire de la distension exercée par le liquide qu'il est impossible aux malades de s'y soustraire. Mais si la sérosité et le pus ne distendent que médiocrement la cavité, soit qu'ils ne s'y trouvent qu'en petite quantité, soit qu'ils aient déterminé une rupture de la synoviale et qu'ils se soient épanchés dans le tissu *cellulaire*, le malade pourra, sans doute, prendre une position quelconque, ou du moins il n'en sera pas empêché par les liquides synoviaux. L'influence exercée sur les positions par ces liquides est donc exceptionnelle et ne doit se manifester que lorsque leur accumulation est extrême. Il n'en est pas de même de l'influence exercée par les autres causes, telles que le besoin qu'ont les malades de chercher une position fixe, le poids des membres, la pression des couvertures; celles-là agissent constamment. Toutefois, comme on le verra dans l'étude des spécialités, les positions qu'entraîne l'une de ces causes étant les mêmes que celles que produisent les autres, une analyse un peu arbitraire peut seule déterminer jusqu'où s'étend et s'arrête l'action de chacune d'elles.

—

terne et antérieure; cette rupture dépend de ce que, la cavité articulaire étant moins spacieuse dans toute autre position que dans celle que l'injection lui a donnée, chaque mouvement repousse le liquide et le force à exercer une pression sur la capsule fibreuse, qui en est distendue et se rompt dans les points les plus faibles.

5° En adaptant au fémur un tube gradué qui pénètre jusque dans l'articulation, suivant la méthode de M. Guérin, on reconnaît que la position où l'injection porte le fémur est celle où la cavité articulaire est la plus spacieuse.

6° Les injections solides s'accumulent en partie au-dessous de la capsule fibreuse, qui en est violemment distendue, en partie entre le fémur et le fond de la cavité cotyloïde. Du côté interne et inférieur, la partie interposée entre les os peut avoir de 4 à 5 millimètres de hauteur; du côté externe et supérieur, elle n'a guère qu'un millimètre.

L'action des autres causes indépendantes de l'accumulation des liquides et qui contribuent à déterminer certaines positions dans les maladies de la hanche, me paraît dépendre surtout de la position du corps entier. Si, comme on le voit rarement, le malade est couché sur le dos, le membre inférieur reste étendu et se tourne seulement un peu en dehors; il n'y a dans ce cas ni allongement ni raccourcissement.

Lorsque le tronc s'incline du côté de la hanche malade, le poids du membre, l'action des couvertures, le besoin de fixité en amènent la flexion, l'abduction et la rotation en dehors. Ces causes agissent alors de concert avec l'accumulation des liquides qui produit exactement le même ensemble de mouvements.

Mais la pression sur la hanche affectée devenant douloureuse, sitôt que l'inflammation est vive ou avancée, le tronc se penche sur le côté sain. Dans ce cas, le genou du côté malade se fléchit pour reposer plus commodément sur le membre opposé; son poids, la pression des couvertures, la recherche d'une position fixe le portent dans l'adduction et la rotation en dedans. Cette position est toute différente de celle qui dépend de l'accumulation des liquides dans l'articulation coxo-fémorale, ce qui fait penser que le poids du membre l'emporte sur la puissance de la matière accumulée ou que celle-ci s'est fait jour en dehors de l'articulation.

Les positions qui résultent de ces diverses causes sont, dans l'ordre de leur fréquence :

1° La flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin combinée avec l'adduction, la rotation en dedans et le décubitus sur le côté sain.

2° La flexion moins marquée de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin combinée avec la rotation en dehors, l'abduction et le décubitus sur le côté malade. Cette position ne s'observe qu'au début du mal, elle est la cause de l'allongement apparent. La première qui ne tarde pas à lui succéder, si toutefois elle n'est pas primitive, est la cause du raccourcissement apparent.

3° L'extension du membre avec le décubitus dorsal et la rotation en dehors.

8° APPLICATION DES PRINCIPES EXPOSÉS PLUS HAUT A LA CONNAISSANCE DES CAUSES QUI INFLUENT SUR LA POSITION DU PIED DANS LES MALADIES DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

Voici ce que l'expérimentation apprend sur les effets des injections forcées dans l'articulation tibio-tarsienne.

1° Si l'on pousse un liquide à travers une perforation faite au tibia, ce liquide, après avoir soulevé ses ligaments et spécialement le ligament antérieur, s'interpose entre les surfaces osseuses et y forme une couche de 2 à 3 millimètres.

2° Quelle que soit la position où se trouvait le pied avant l'injection, il est ramené par celle-ci dans un tel état qu'il fait avec la jambe un angle un peu plus ouvert que celui qu'il présente dans la station debout. Pour arriver à cette position le pied est étendu, s'il était fortement fléchi, et fléchi, s'il était fortement étendu.

3° On ne peut étendre ou plier le pied, tant que dure la distension de la synoviale par les matières injectées.

4° On s'assure par les moyens indiqués plus haut que la position où le pied fait avec la jambe et en avant un angle un peu plus ouvert que l'angle *droit* est celle où l'articulation est la plus *spacieuse*.

Dans les maladies du pied, comme dans celles du genou et de la hanche, on reconnaît à quel point la position du tronc modifie les effets produits pour la recherche d'une position stable, par le poids du membre ou par les pressions qui sont exercées sur lui.

Si le malade est couché sur le dos et que le membre inférieur soit étendu, le pied repose sur la face postérieure ou sur l'une des faces latérales du talon, le plus ordinairement sur la face externe, car c'est en dehors que l'entraînent son poids, la pression des couvertures, et qu'il trouve, sinon le plus de fixité, du moins les ébranlements les moins nombreux.

Si le tronc repose sur le côté malade, le genou se fléchit et le pied appuie sur son bord externe; sur ce bord, il trouve une certaine fixité; la pression qu'il éprouve de la part du lit renverse sa plante en dedans et porte en haut son bord interne.

Enfin, lorsque le malade se couche sur le côté sain, le genou qui répond au pied malade vient reposer

Digitized by Google

tibia sur le fémur, ou à exagérer l'extension du premier sur le second de ces os.

Je ferai remarquer que lorsqu'on veut juger des positions qui peuvent favoriser les luxations spontanées, il ne faut pas les considérer seulement dans le cas où les malades restent en repos dans le lit; il faut les examiner lorsque les malades se soulèvent; pendant ce soulèvement, la distension des ligaments et la tendance aux luxations spontanées sont plus faciles à reconnaître.

Une observation générale qui m'a montré toute l'importance des positions parmi les causes des luxations spontanées est le rapport exact que j'ai reconnu, depuis que je le cherche, entre les variétés de ces luxations et celles des positions adoptées par les malades. Ce rapport est tel, que la position étant donnée, on peut déterminer à priori l'espèce de luxation qui existe avec elle et réciproquement l'on peut remonter de la connaissance de la luxation à celle de la position choisie par le malade.

4° *Une position est utile lorsqu'elle n'entraîne la distension d'aucune partie de la synoviale et des ligaments, qu'elle n'expose à aucune luxation spontanée et qu'elle permet dans le cas d'ankylose l'exercice le plus facile du membre malade.*

On ne peut contester ce principe sur les conditions que doivent réunir les positions utiles dans les maladies articulaires. Mais l'on se demande s'il est des positions qui puissent réunir un ensemble de conditions aussi favorables. Un examen attentif permet de répondre par l'affirmative; car par une coïncidence heureuse et qui assure la diffusion des principes de traitement que je veux établir, les positions qui préviennent le plus sûrement les distensions des parties molles et les déplacements des os sont précisément celles qui, dans le cas d'ankylose, assurent l'exercice le plus complet des fonctions des membres.

C'est dans l'extension médiocre de la cuisse sur le bassin, du genou sur la cuisse et dans la position où le pied fait en arrière un angle droit avec la jambe, que les fonctions du membre inférieur s'exécutent le mieux, dans le cas d'ankylose. C'est dans les mêmes positions, comme on le verra plus loin, que les parties molles sont le moins distendues et les luxations le moins à craindre.

Ces prémisses posées sur les conditions qui rendent certaines positions des membres nuisibles ou avantageuses dans les maladies articulaires, nous pouvons passer à l'examen des positions qu'adoptent ordinairement les malades. Il me sera aisé de démontrer pour le genou, la hanche et le pied, je pourrais ajouter pour toutes les articulations, que ces positions ordinaires sont précisément celles où l'un des côtés des articulations est fortement distendu, où du côté opposé s'exercent de fortes pressions entre les os et dans lesquelles enfin les luxations spontanées ont le plus de tendance à se faire. Je commence par le genou.

EFFETS DES POSITIONS DANS LES MALADIES DU GENOU.

Dans les maladies du genou, la flexion du tibia sur le fémur s'observe presque constamment; cette flexion entraîne une disposition au déplacement, comme le prouvent les expériences suivantes.

Lorsque la jambe est étendue sur la cuisse, il est impossible de faire exécuter à la première des mouvements de rotation; mais si le genou est fléchi de 60 à 100 degrés, les mouvements de rotation en dedans ou en dehors deviennent très-faciles même. Après la destruction de toutes les parties molles qui entourent le genou, les ligaments croisés étant conservés seuls, les mouvements de latéralité sont impossibles dans l'extension; on peut les faire exécuter aisément lorsque la jambe est pliée sur la cuisse. Ces phénomènes dépendent tout à la fois de la disposition des surfaces osseuses et de celle des ligaments.

1° *De la disposition des surfaces osseuses.* Dans la position étendue, la totalité des surfaces articulaires du tibia s'applique sur la surface articulaire du fémur. Dans la position demi-fléchie la partie moyenne seulement de la surface articulaire du tibia est en contact avec celle du fémur; la coaptation de ces deux os est donc beaucoup moins exacte dans ce dernier cas que dans le premier.

2° *De la disposition des ligaments.*

Ici, ce n'est point des ligaments croisés que je veux parler; car ceux-ci ne mettent aucun obstacle aux mouvements de rotation, mais bien des ligaments postérieurs; ce sont ces derniers qui limitent les mouvements de rotation, ce qu'il est aisé de comprendre; car le tibia ne peut tourner sur son axe qu'autant que l'un de ses condyles se porte en arrière et dès lors repousse le ligament postérieur; si celui-ci est tendu, il empêche ce mouvement; il ne s'y oppose pas, s'il est relâché, comme on le voit dans la flexion du genou.

Tout concourt donc à démontrer que les luxations spontanées, surtout celles par rotation, éprouvent plus d'obstacles dans la position étendue du genou que dans la position demi-fléchie et dès lors que les malades en choisissant cette dernière, adoptent celle qui les expose le plus aux déplacements.

En énumérant, dans leur ordre de fréquence, les diverses positions du genou, j'ai placé en première ligne celle où étant fléchi, il se porte dans l'abduction et la rotation en dehors; dans cette position, il n'y aurait ni distension ligamenteuse, ni tendance à une luxation spontanée, si la jambe, le pied et la

Digitized by Google

viennent la flexion du genou et la rotation en dedans ou en dehors ; ce sont ces appareils qui nous occuperont dans la troisième partie de ce travail.

EFFETS DES POSITIONS DANS LES MALADIES DE LA HANCHE.

Les deux positions qu'on observe le plus fréquemment dans les maladies de la hanche sont celles où, la jambe étant pliée sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, le genou se renverse en dehors ou en dedans ; ces positions entraînent l'une et l'autre des distensions dans les parties molles et des tendances aux deplacements des os qui aggravent singulièrement les maladies de l'articulation coxo-fémorale.

Lorsque le membre, étant fléchi, se renverse en dedans, il y a :

1° Distension de la capsule fibreuse et de la synoviale à leur partie externe et supérieure sur laquelle appuie la tête du fémur ; cette distension est évidente et les dangers qu'elle entraîne sont prouvés par cette observation qu'à l'autopsie de tous les malades qui ont des coxalgies avec flexion et rotation en dedans, c'est au côté externe et supérieur que se trouvent les ramollissements et les ulcérations consécutives portées au plus haut degré.

2° Il y a tendance à la luxation spontanée. La position où le fémur se fléchit et se porte dans l'adduction combinée avec la rotation en dedans est, sans aucun doute, celle qui favorise le plus la luxation sur l'os des iles ; c'est celle que l'on adopte sur le cadavre, lorsque l'on veut produire artificiellement cette luxation ; c'est celle qu'on observe constamment sur les malades avant que le déplacement soit opéré.

Lorsque la cuisse fléchie sur le bassin se porte dans l'adduction combinée avec la rotation en dehors, il y a distension des ligaments placés en dedans de la jointure, et tendance à la luxation spontanée sur le trou obturateur ou le pubis. Si je ne possède pas des preuves d'anatomie pathologique propres à demontrer ces assertions, il faut l'attribuer sans doute à ce que je n'ai jamais disséqué de cadavres sur lesquels existassent des coxalgies avec abduction et rotation de la cuisse en dehors. Toutes les fois que les lésions de la hanche deviennent très-graves, les malades se couchent sur le côté sain, et le membre du côté opposé se porte dans l'adduction et la rotation en dedans : c'est dès lors dans cette position que sont presque tous ceux dont on fait l'autopsie ; ce sont les seuls que j'ai rencontrés.

Lorsque le membre inférieur est etendu, il peut y avoir encore des tendances aux luxations spontanées, s'il est entraîné, par exemple, dans l'abduction et la rotation en dehors, ou s'il est porté dans l'adduction et la rotation en dedans ; mais s'il est étendu et dirigé parallèlement à l'axe du tronc prolongé, la pointe du pied regardant en devant, s'il est, en un mot, dans la situation où il se trouve lorsqu'on se tient debout sur les deux pieds, les membres placés parallèlement, il n'y a plus dans l'articulation de la hanche aucune distension, aucune tendance aux luxations spontanées. La tête du fémur est même alors si bien logée dans le fond de la cavité cotyloïde, que si les abords de celle-ci étaient complétement érodés, le déplacement ne saurait avoir lieu.

Ces avantages ne sont complets cependant que lorsque l'extension de la cuisse sur le bassin n'est pas forcée ; car cette extension poussée trop loin produirait un tiraillement douloureux dans la partie antérieure de la capsule. On les trouve tous réunis dans une extension médiocre, et telle qu'avec une légère flexion du genou, le membre malade est d'un centimètre moins long que celui du côté sain. Sans doute aussi dans le cas d'ankylose, ce serait cette position médiocrement étendue qui assurerait le plus complétement l'exercice des fonctions du membre inférieur ; car le genou et le pied pourraient librement se plier et s'étendre. La progression s'effectuerait sans que le bassin eût besoin de s'élever et de se baisser alternativement, comme il est obligé de le faire si l'ankylose a lieu dans une extension complète.

Il en est de la position de la hanche que nous démontrons la meilleure comme de la bonne position pour le genou, elle ne peut se maintenir par les seuls efforts des malades et sa fixité exige des appareils convenables.

EFFETS DES POSITIONS DANS LES MALADIES DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

Les positions les plus communes dans les maladies de l'articulation du pied sont celle où la jambe étant fléchie sur la cuisse, le pied repose sur son bord externe, et celle où la jambe étant fléchie sur la cuisse, le pied repose sur son bord interne.

Dans le premier cas, la plante du pied se tourne en dedans, et l'astragale tend à s'échapper du côté externe de l'articulation tibio-tarsienne. Il y a alors distension du ligament latéral externe, pression qui, s'exerçant sur la malléole du péroné, tend à éloigner cet os du tibia, forte compression entre la partie interne supérieure de l'astragale et la partie correspondante du tibia.

Les symptômes observés pendant la vie m'ont démontré que, dans cette position, c'est le côté externe de l'articulation du pied où l'on observe le plus de gonflement, et où les douleurs se font sentir avec le plus d'intensité. Les autopsies m'ont prouvé que

Digitized by Google

n'y ait ni distension des parties molles, ni tendance aux luxations spontanées, ni obstacle, dans le cas d'ankylose, à l'exercice des mouvements; 2° maintenir avec fixité ces positions, dont les malades tendent toujours à s'éloigner. Nous devons donc rechercher :

1° Quels sont les moyens de ramener les membres d'une mauvaise à une bonne position.

2° Quels sont les moyens de les maintenir fixés dans cette dernière.

DES MOYENS DE RAMENER LES MEMBRES D'UNE MAUVAISE A UNE BONNE POSITION.

Pour ramener les membres d'une mauvaise à une bonne position, on peut employer :

1° L'action des mains, aidée d'une situation favorable du tronc.

2° Les appareils qui prolongent l'action des mains, lorsque celles-ci ont été impuissantes.

3° La section des tendons dans l'insuffisance des deux premiers moyens.

1° *L'action des mains* ne doit être employée que lorsque le tronc est convenablement placé. Les bonnes positions exigeant toutes que les membres pelviens reposent sur leur face postérieure, le premier soin doit être de faire coucher le malade sur le dos. Dans le décubitus dorsal, l'on fait cesser ordinairement sans peine les mouvements de rotation, d'abduction et d'adduction. Quant aux flexions plus difficiles à vaincre, il faut placer le tronc de telle manière que les muscles qui rendent ces flexions permanentes soient aussi relâchés que possible; ainsi, pour redresser les genoux, il faut que le corps soit placé horizontalement. Par ce mouvement, l'ischion s'abaisse et les muscles qui en partent pour se rendre au tibia sont relâchés.

Le tronc convenablement placé, il faut agir avec les mains pour redresser les articulations, comme on le ferait pour réduire une fracture. Un aide doit fixer le tronc, un autre aide doit exercer des tractions sur l'extrémité inférieure du membre, et le chirurgien doit établir des rapports normaux des os par des pressions convenables. Tous ces mouvements doivent se faire d'une manière lente et graduée, et n'exposer à aucune déchirure, ni à aucune luxation.

2° *Les machines* destinées à redresser les articulations doivent prolonger l'action des mains, et rendre en quelque sorte cette action permanente. Ces machines sont différentes, suivant que les membres s'éloignent beaucoup de la direction à laquelle on veut les ramener, ou qu'ils s'en rapprochent plus ou moins. Dans le premier cas, elles doivent se composer de diverses parties articulées entre elles, dont chacune se moule sur les brisures du membre malade, et qui peuvent se mouvoir les unes sur les autres, jusqu'à ce qu'elles aient opéré le redressement qu'on veut obtenir. Les forces qui doivent faire passer ces appareils de la position où ils embrassent les parties déformées à celle où ils auront une direction convenable, doivent agir dans le même sens que les mains. Si celles-ci ont dû maintenir fixement certaines parties, exercer des pressions ou des tractions sur d'autres, les machines n'ont qu'à en continuer les efforts. De sorte que connaître les principes qui doivent les diriger dans le redressement des membres, c'est connaître ceux qui doivent présider à la construction des appareils. Il est toutefois une force qui peut agir très-efficacement dans ces derniers, et qui n'a que peu d'importance lorsqu'on se contente de l'action toujours momentanée des mains, je veux parler du poids du membre. Cette force agit d'une manière aussi efficace que douce et continue; elle a été trop négligée jusqu'à présent, et l'on peut en faire, comme on le verra par la suite, de très-utiles applications.

Lorsque les membres ne s'éloignent que peu de la rectitude, les appareils qui trouvent, suivant moi, les plus nombreuses applications, sont ceux qui se mouleraient exactement sur des membres parfaitement droits, de même longueur et de même volume que ceux que l'on vient de redresser. Une fois que ces derniers y sont placés, leur poids, les pressions qu'on exerce sur eux, les efforts que font les malades jusqu'à ce que les parties déviées reposent sur toutes leurs faces ne tardent pas à les faire entrer dans les appareils, véritables moules dont ils ne prennent la forme que par un redressement complet.

3° Quand l'action des mains et celle des machines est impuissante à convertir une mauvaise en une bonne position, on doit recourir à la *section des tendons*. Je n'ai rien à ajouter à tout ce qui a été dit dans ces derniers temps sur la section des tendons, et surtout aux règles posées sur ce sujet avec tant de fermeté et de logique par M. Jules Guérin. Je me contenterai de faire observer que, du moment où l'on a reconnu que la position choisie par le malade est de celles qui permettent la distension violente de certains ligaments et exposent aux luxations spontanées, il n'y a pas d'hésitation à avoir.

Dans l'impuissance des machines, il faut recourir à la section des tendons. Je conçois que l'on ait posé des règles différentes tant qu'on ignorait les effets des positions vicieuses; mais du moment où on les connaît, du moment où l'expérience a prouvé quels dangers elles entraînent, quelle amélioration se manifeste dans la marche du mal, sitôt qu'on les a détruites, il n'est pas d'opération innocente dans ses suites devant laquelle on puisse reculer; en ap-

Digitized by Google

2° Les forces qui sont destinées à ramener dans la même direction les parties jambières et fémorales doivent être aussi nombreuses et agir dans le même sens que les mains. Dans le redressement du genou, l'appareil doit fixer le bassin, exercer une traction sur la jambe, presser sur la partie antérieure et inférieure du fémur; il faut de plus que le poids du membre, puissance si continue, soit mise à profit pour opérer le redressement.

Je ne crois pas que, parmi les machines jusqu'à présent imaginées pour étendre la jambe sur la cuisse, il en existe aucune qui réunisse toutes ces conditions. Elles sont vicieuses, les unes sous le rapport de la forme et de la longueur, parce qu'elles sont planes là où elles répondent à la partie postérieure des membres, qui est arrondie, parce qu'elles sont bornées aux portions de la cuisse et de la jambe les plus rapprochées du genou, et qu'elles ne s'étendent pas dans toute la longueur du membre; les autres sous le rapport des forces qui sont mises en jeu, parce que celles-ci se bornent à une traction sur la jambe; celle-là à une pression sur le genou; que toutes enfin ne permettent de tirer aucun parti du poids du membre qui ne peut agir efficacement qu'à la condition que le jarret ne soit point soutenu. Je crois avoir évité toutes ces imperfections en construisant un appareil dont je vais donner une idée

Une gouttière en fil de fer matelassé ou en cuir embrasse toute la circonférence de la moitié supérieure de la cuisse; une espèce de botte entoure le pied et le bas de la jambe; au talon de cette botte sont adaptées deux roulettes, suivant l'idée que m'a communiquée M. Lacroix, élève de nos hôpitaux; le membre ainsi libre au niveau du genou est placé entre deux planches qui l'empêchent de se renverser en dedans ou en dehors; son poids tend sans cesse à en opérer le redressement, d'autant plus facile, que la roulette placée au niveau du talon prévient tous les obstacles que pourrait opposer le frottement de celui-ci sur le plan qui le soutient.

Pour aider ce redressement, un tourniquet permet d'exercer une traction sur la jambe et une courroie qui presse au-devant du genou d'affaisser celui-ci en arrière. L'expérience m'a prouvé combien était utile la combinaison de moyens que j'ai mis en usage dans la construction de cet appareil.

3° *Par la section des tendons du jarret.*

Je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit sur cette section, et je renvoie aux auteurs qui en ont fait une étude spéciale.

Lorsque la jambe fait un angle obtus avec la cuisse, et qu'elle ne s'éloigne ainsi que médiocrement de la position où on veut la ramener, il suffit de déposer le membre dans une gouttière fendue sur sa partie antérieure, assez longue pour occuper toute l'étendue du membre, capable d'en entourer toute la circonférence, et d'une forme telle, qu'elle se moule exactement sur lui, lorsqu'il est bien redressé; cette gouttière étant celle dont je me sers pour maintenir le genou immobile dans une bonne position, je vais la décrire dans le chapitre suivant.

DES APPAREILS DESTINÉS A MAINTENIR LE GENOU IMMOBILE DANS UNE BONNE POSITION.

Les appareils destinés à maintenir le genou immobile dans une bonne position peuvent être aussi nombreux que ceux qu'on emploie dans le traitement des fractures de cuisse. Ce peuvent être les bandages avec les attelles droites et solides, des bandages amidonnés, des attelles postérieures, à la manière de M. Mayor, des gouttières embrassant la moitié postérieure du membre, comme cet auteur l'a fait pour les fractures, et comme l'ont fait MM. Champion et Blandin pour les tumeurs blanches.

Pour apprécier la valeur comparative de ces divers moyens, il faut, avant tout, préciser les conditions qu'ils doivent remplir. Voici, suivant moi, quelles sont ces conditions. Les appareils destinés à maintenir le genou immobile doivent :

1° *Se mouler sur les formes du membre.*

Ce principe, universellement adopté aujourd'hui, n'a pas besoin d'être démontré.

2° *Ils doivent embrasser la totalité de la cuisse, de la jambe et du pied.*

Si les appareils ne prennent que sur une partie de la cuisse, ils laissent celle-ci libre d'exécuter certains mouvements; et quand le malade se soulève dans son lit, ou se penche à droite ou à gauche, le fémur se meut sur le tibia, ce que l'appareil doit prévenir. Enfin, si le pied n'est pas embrassé, le talon peut appuyer sur sa partie interne ou sa partie externe, et entraîner ainsi le tibia dans une luxation par rotation.

3° *Ces appareils doivent toujours reposer sur leurs faces postérieures, et ne pas être exposés à tourner en dedans ou en dehors.*

Ces mouvements de rotation, quand ils ont lieu, fatiguent les malades et les obligent à des efforts pénibles dans le but de les prévenir.

4° *Ils doivent assurer l'immobilité sans exercer de compression, et permettre cependant de produire celle-ci à tous les degrés, sans qu'il soit nécessaire de faire subir le moindre mouvement au membre.*

Je regarde comme de la plus haute importance cette condition d'assurer l'immobilité sans la compression, car si l'appareil dont on se sert ne remplit pas cette condition, il est inapplicable aux inflammations aiguës du genou, et c'est dans ces inflamma-

Digitized by Google

celles où certaines parties de la capsule articulaire sont distendues, et où les luxations spontanées sont imminentes, tandis que la position médiocrement étendue du membre, le tronc placé dans le décubitus dorsal, n'entraîne aucune de ces conséquences fâcheuses, la première indication à remplir dans le traitement des coxalgies est d'employer les moyens propres à substituer cette dernière position à celle qu'ont adoptée les malades. Ces moyens sont ici, comme ailleurs, l'action des mains, celle des appareils, les sections des tendons ou des muscles.

Pour aider *l'action des mains*, il faut avant tout faire coucher le malade sur le dos, dans le décubitus dorsal. On a plus de facilité dans cette position que dans toute autre à faire cesser les renversements ou les rotations du membre en dedans et en dehors. Le malade doit aussi être couché horizontalement; lorsqu'il est dans cette position, l'abaissement de l'ischion relâche les muscles de la partie postérieure de la cuisse, facilite dès lors l'extension du tibia sur le fémur, et cette extension, à son tour, rend plus facile, sans doute par le relâchement du droit antérieur, le redressement de la cuisse sur le bassin. Une fois le tronc convenablement placé, l'action des mains suffit à fixer le bassin d'une part, et à tirer de l'autre en ligne droite sur le membre inférieur.

Les appareils, si souvent nécessaires pour prolonger l'action des mains trop souvent insuffisantes, sont, comme au genou, de deux ordres, ceux qui sont nécessaires lorsque le membre inférieur est très-éloigné de la situation où on veut le ramener; ceux qui conviennent lorsque ce membre est assez rapproché de la direction qu'il doit prendre.

Les premiers de ces appareils doivent se réduire à étendre la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin. Une fois que ce redressement est opéré, il n'y a plus que des mouvements très-bornés de rotation en dedans ou en dehors, d'adduction ou d'abduction.

Tout ce que j'ai dit en traitant de l'extension du genou dans les maladies de cette articulation s'applique au redressement du membre inférieur dans les maladies de la hanche, et les appareils que j'ai démontrés les meilleurs dans le premier cas sont aussi les meilleurs dans le second. Deux fois ayant eu des malades à redresser affectés de coxalgies avec des flexions très-fortes de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, j'ai commencé par employer l'appareil d'extension pour le genou. Ce moyen m'a très-bien réussi, et le membre en peu de temps s'est assez bien étendu pour qu'on pût le placer dans le grand appareil qui embrasse le tronc et les deux membres inférieurs.

Je dois faire remarquer ici que le redressement des membres dans les coxalgies n'est pas seulement indispensable comme moyen thérapeutique, il l'est comme élément de diagnostic. Si la crainte de sortir du sujet spécial que j'ai abordé dans ce mémoire ne m'empêchait pas de démontrer comment certaines positions produisent des allongements ou des raccourcissements apparents, je ferai voir qu'à part quelques cas rares, il est impossible de déterminer si un malade a ou n'a pas une luxation spontanée, tant qu'on n'a pas ramené le tronc et les membres inférieurs dans une rectitude parfaite. Dans les positions que choisissent les malades, et où il existe des combinaisons si variées de flexion, d'adduction, d'abduction et de rotation en dedans ou en dehors, il est impossible de distinguer, par exemple, ce qui, dans un raccourcissement, dépend d'une position vicieuse ou d'une luxation commençante. La part que l'on doit faire à l'une ou à l'autre de ces causes ne peut être rigoureusement assignée que lorsque l'on a ramené les deux membres inférieurs dans la direction de l'axe du tronc prolongé. Si alors le raccourcissement subsiste, il est réel; mais souvent on n'en retrouve plus de traces après le redressement, lors même qu'il était de 10 à 12 centimètres et s'accompagnait de tous les signes indiqués par les auteurs comme caractéristiques des luxations spontanées. Il me suffit d'avoir indiqué cet élément de diagnostic des maladies de la hanche, et je reviens à mon sujet.

Lorsque le membre malade a une direction qui s'éloigne peu de celle qu'on veut lui donner, il suffit, pour achever son redressement, de le placer dans un appareil qui embrasse les parties situées au-dessus et au-dessous de l'articulation malade, et se moule exactement sur les formes de ces parties, ramenées à une bonne direction. Cet appareil embrasse le tronc et les deux membres inférieurs; il a la forme d'un pantalon solide en arrière, flexible sur les côtés et fendu en avant, afin de permettre d'y placer le malade. Celui-ci, déposé dans ce moule, où il ne se trouve parfaitement que lorsqu'il a repris sa rectitude, fait des efforts continuels pour s'y engager; des pressions convenables aident à cet effet, et le redressement désiré ne tarde pas à être obtenu.

DES MOYENS PROPRES A MAINTENIR LA HANCHE IMMOBILE DANS UNE BONNE POSITION.

L'immobilité de la hanche suppose celle du tronc et des deux membres inférieurs. On peut proposer, pour assurer cette immobilité, tous les appareils destinés aux fractures du col du fémur; mais comme ces appareils n'ont qu'une action insuffisante sur le tronc; qu'ils permettent à la cuisse de se mouvoir sur le bassin dans les mouvements que rendent nécessaires les soins de propreté; qu'ils exercent tous une compression, et que, dans les inflammations aiguës, cette compression est intolérable, on voit

décrits, ont varié suivant la nature des lésions pour lesquelles ces moyens avaient été employés, et, plus encore, suivant la constitution des malades et les diathèses dont ils étaient affectés.

On peut distinguer les lésions articulaires en deux classes : celles qui coexistent avec une constitution altérée, celles qui sont indépendantes de toute maladie constitutionnelle, qui sont locales et produites par des causes extérieures.

Les maladies articulaires qui dépendent d'une altération constitutionnelle sont les sécrétions de matière tuberculeuse dans les os ou dans d'autres parties des articulations; les abcès chroniques des synoviales, qui coexistent en général avec des suppurations dans d'autres parties du corps, et qui sont aux synoviales ce que les abcès froids sont au tissu cellulaire; enfin, les tumeurs fongueuses sans causes extérieures, sans souffrance, et qui sont aux parties molles des articulations ce qu'est aux os le spina ventosa.

Dans toutes ces maladies, qui ne sont que la manifestation au-dehors d'un trouble profond de la constitution entière, l'application des principes que j'ai posés sur le traitement local est impuissante à guérir; mais, si cette application n'est pas vraiment curative, elle contribue à faire disparaître les douleurs, les inflammations aiguës qui viennent s'enter sur la maladie principale. Leurs efforts, sous ce rapport, sont très-remarquables : ils diminuent l'intensité des phénomènes morbides qui sont accidentels, ils ralentissent la marche du mal vers une terminaison fâcheuse, mais ils n'empêchent pas celle-ci. Le principe de la guérison dans les maladies constitutionnelles ne peut se trouver dans un traitement local; il exige une modification de l'économie toute entière.

Les maladies articulaires sans vice constitutionnel ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser. Indépendamment de celles qui sont produites par des contusions, des mouvements forcés, plusieurs sont la suite de refroidissements, qui déterminent une inflammation de la synoviale, sans modifier le reste de la constitution.

C'est dans ces maladies articulaires, produites par des causes qui n'ont pas altéré la santé générale, et qui sont aussi communes peut-être que les pleurésies ou les pneumonies par cause externe, que la connaissance des positions, et l'emploi des appareils conduisent aux résultats les plus remarquables. Ces résultats varient cependant suivant que la suppuration est ou non formée. Lorsque du pus est déjà produit en assez grande quantité pour que l'on puisse constater son existence, la guérison est encore très-incertaine. Je pourrais cependant citer quatre observations, appartenant, l'une à des trajets fistuleux venant de l'articulation du genou, et les trois autres à des trajets fistuleux en grand nombre, et venant du genou, où l'amélioration la plus rapide et, plus tard, une guérison complète ont succédé aux remplacements de positions vicieuses par de bonnes positions et au maintien de ces dernières par les appareils que j'ai décrits.

Le succès le plus frappant de ces moyens s'observe dans les inflammations aiguës et chroniques des articulations, sans suppuration évidente et sans altération constitutionnelle.

Dans les inflammations aiguës, et ici je ne comprends pas seulement ces inflammations des synoviales avec sécrétion de sérosité, comme on en observe si souvent dans les rhumatismes, mais ces inflammations où le gonflement général et la dureté de ce gonflement annoncent l'épanchement de lymphe plastique dans la synoviale et le tissu cellulaire, qui s'accompagnent de vives douleurs, lesquelles s'exaspèrent au plus léger mouvement et pendant des semaines entières, ne permettent aucun repos; mais je comprends ces inflammations qui continuent leur marche malgré les antiphlogistiques les plus énergiques et amènent des suppurations et des ramollissements dont les fistules et les luxations spontanées sont les premières conséquences et dont la terminaison est le plus souvent l'amputation et la mort.

C'est dans ces maladies que la substitution d'une bonne à une mauvaise position, que les appareils qui assurent l'immobilité dans la bonne position, sans produire cependant aucune compression douloureuse, procurent des effets vraiment merveilleux; il faut avoir été témoin un grand nombre de fois, comme je l'ai été et comme l'ont vu tous ceux qui suivent ma visite depuis deux ans, du soulagement immédiat, de la disparition des douleurs en moins de 24 heures et de la marche graduelle vers la diminution de tous les accidents, dès que les membres ont été convenablement placés dans les appareils, et cela chez des malades dont le genou, le pied ou la hanche avaient été pendant plusieurs semaines de suite et en diverses fois couverts de 100, 150 sangsues, où l'on avait épuisé tous les cataplasmes, toutes les fomentations émollientes et narcotiques, et qui, attachant peu d'importance au redressement du membre et à l'emploi de l'appareil, s'étonnaient de me voir obtenir leur guérison sans rien faire, disaient-ils, tandis que d'autres avaient inutilement tenté une multitude de remèdes énergiques.

L'utilité des moyens que je propose est appuyée aujourd'hui sur un si grand nombre de faits observés dans les inflammations graves et aiguës du pied, du genou, de la hanche, du coude et des poignets, que si des médecins employaient mes appareils dans les cas que je viens de spécifier et qu'ils publiassent ensuite des insuccès, je serais obligé de

Digitized by Google

aujourd'hui; jusque là, ils devront suivre les méthodes qui sont le fruit de longues recherches sur la question et auxquelles je ne suis arrivé qu'après d'interminables tâtonnements.

Je sais bien qu'on me reprochera encore une fois de surcharger les arsenaux d'appareils qu'on se plaît à dire compliqués, quoique l'idée première en soit toujours si nette et si simple, de ne proposer que des moyens qu'on ne peut se procurer partout, qui exigent des artistes spéciaux et nécessitent quelques dépenses. Ce sont là, j'ose le dire, des objections puériles, indignes d'une saine critique, et qu'il serait temps enfin de voir disparaître de l'examen habituellement consacré à toutes les inventions nouvelles. Lorsque je viens vous montrer que dans le traitement des maladies articulaires, il faut placer les malades dans de certaines positions, ramener et maintenir les membres dans ces positions par des appareils déterminés, la question n'est pas de savoir si ces appareils peuvent ou non être construits extemporanément et dans un lieu quelconque; la question est de savoir si les idées que j'avance sur les positions sont justes, si les appareils que je propose sont utiles. La discussion engagée sur ce terrain, le seul où je puisse vous suivre si vous admettez que ces appareils sont supérieurs à ceux que vous connaissez comme moyens de remplir certaines indications, toutes vos objections basées sur la difficulté de se les procurer tombent immédiatement. Dans l'art de guérir, plus que partout ailleurs, il faut chercher ce qui est bon, ce qui est utile, et non ce qui est simple et facile à avoir. Qui oserait, du reste, reculer devant une dépense de 20 à 60 ou 80 fr. pour guérir une maladie articulaire pour laquelle les malades les moins aisés n'hésitent pas à faire des dépenses bien autrement considérables, afin de se procurer les ressources bien plus incertaines que fournissent les eaux minérales? Comment craindre une dépense que couvrira toujours un seul mois de travail d'un ouvrier, si votre étrange économie l'expose à languir plusieurs mois sans travail, ou même à ne guérir jamais?

S'il existait du reste quelques exceptions que je ne saurais admettre, où il faudrait sacrifier la santé d'un malade à la crainte d'une faible dépense, ces exceptions seraient rares, car elles ne se trouveraient ni dans les classes aisées, ni dans les hôpitaux consacrés aux classes pauvres.

Jamais, à Lyon, dans un hôpital dirigé par une administration éclairée, je n'ai éprouvé le moindre obstacle aux dépenses que je proposais; et serait-ce donc une dépense pour un grand hôpital, de 8 à 900 fr. par an, qui pourrait arrêter, lorsqu'il s'agit de guérir des lésions aussi graves que les tumeurs blanches articulaires? On a vu l'administration des hôpitaux de Paris accorder aux amputés des jambes artificielles de M. Martin, dont le prix s'élève à 300 fr., lesquels suffiraient à acheter douze appareils pour les maladies du genou, près de six appareils pour les maladies de la hanche, dont chacun peut servir un grand nombre de fois et à des malades différents, et l'on voudrait qu'elle refusât à la guérison de plus de vingt malades ce qu'elle accorde à la commodité d'un seul? Non. De pareilles objections, toutes en dehors de la question chirurgicale, ne sauraient être sérieuses. Si, comme l'expérience l'a prouvé ici, comme elle le prouvera ailleurs, les moyens que je propose sont bons, il ne reste qu'à les mettre en usage; et les rejeter, parce qu'ils nécessitent une commande spéciale, n'est pas plus raisonnable que de proscrire la lithotritie ou la taille, parce que, pour pratiquer ces opérations, il faut acheter des instruments particuliers.

Gazette méd. de Paris.—Novembre 1840.

VARIÉTÉS.

—

Quelques mots sur l'influence thérapeutique de la musique exécutée par les aliénés; par M. Gérard Marchant, ancien interne de Charenton.

M. Dechambre a annoncé, il y a quelque temps, sans entrer dans aucun détail, la nomination d'un professeur de chant à l'école instituée par M. le docteur Leuret à l'hospice de Bicêtre. Cette création nous paraissant une heureuse innovation introduite dans la thérapeutique des aliénés, nous avons pensé être agréables aux lecteurs de l'*Esculape*, en leur faisant connaître dans cet article de quelle manière le médecin de Bicêtre applique la musique au traitement des malades: les détails dans lesquels nous allons entrer serviront d'ailleurs de complément aux fragments historiques que nous publiâmes dans ce journal le 12 décembre 1839.

En tant que sons harmoniques, la musique n'inspire qu'une très-faible confiance à M. Leuret qui, parfaitement d'accord avec M. Esquirol, considère son efficacité comme à peu près nulle dans le traitement de la folie. Ainsi comprise, la musique ne constitue donc pas pour le médecin de Bicêtre une partie essentielle de son *traitement moral*, traitement sur lequel je crois indispensable de dire quelques mots.

La folie, d'après M. Leuret, consiste dans un dérangement de l'intelligence ou des passions, déran-

Digitized by Google

malades à son état normal, pourquoi ne pas la préférer à la temporisation qui n'aboutit à rien ?

Il est donc inutile d'invoquer les théories admises jusqu'ici sur l'influence de la musique et de reproduire les expériences précédemment recueillies, pour faire apprécier l'importance de la méthode mise en pratique par M. Leuret : une seule visite faite à Bicêtre suffira au moins perspicace pour le convaincre de la différence de principe et d'utilité des deux méthodes.

La première fois que je suis allé aux concerts de Bicêtre, j'accompagnais M. le docteur Delaye de Toulouse, qui avait voulu, lui aussi, constater leurs effets sur les aliénés. Nous fûmes introduits dans la salle de chant quelques minutes avant que les exercices ne commençassent. Trente malades environ étaient rangés autour d'un chef d'orchestre ; derrière eux quelques musiciens pour les accompagner ; en face était un espace réservé au médecin et à ceux qui suivaient la visite; et le reste de la salle était occupé par des bancs destinés aux malades qui ne chantaient pas.

La vue seule de cette salle produisit sur moi une grande surprise, je ne savais ce qu'il fallait le plus admirer de l'auditoire si calme et si profondément recueilli ou des exécutants, dont l'attention, tout absorbée par l'étude des morceaux qu'ils allaient chanter. Le costume des malades, l'expression de leur physionomie caractérisant si bien l'état de leur intelligence, tout cela me saisit et me frappa d'étonnement. Je trouvais déjà dans cet ordre, dans ce résultat un progrès, une source puissante de causes de guérison. L'entrée de M. Leuret dans la salle donna le signal. Les malades chantèrent avec ensemble plusieurs morceaux dont les paroles morales et religieuses, les airs tendres et expressifs ne contribuaient pas peu à rendre cette séance vraiment touchante. Un lypémaniaque, dont l'inertie ressemblait à de l'hébétude, s'avança sans mauvaise humeur et chanta plusieurs romances avec un accent mélancolique et parfaitement approprié au sujet. Ces chants si bien nuancés que fit entendre une bouche toujours muette, nous émurent profondément et provoquèrent dans tout l'auditoire de tristes, mais sincères applaudissements qui déridèrent un instant le front de cet infortuné.

J'abrége les détails de cette visite, mais je ne puis me résoudre à taire les réflexions qu'elle m'inspira. Comparant alors les avantages obtenus par les concerts de Charenton avec ceux que je constatais à Bicêtre, j'arrivai à cette vérité, que les derniers devaient être aussi efficaces que j'avais jugé les premiers inutiles. A Charenton, la masse des malades restait impassible devant de la bonne musique ; quelques-uns étaient péniblement impressionnés, d'autres passagèrement distraits. A Bicêtre, au contraire, tous étaient attentifs ; les exécutants préoccupés de leur nouveau rôle, les auditeurs désireux peut-être de pouvoir bientôt chanter ; tous enfin satisfaits qu'on prît soin de leur bien-être.

Mais ce n'est pas seulement pendant la durée des concerts que s'exerce l'heureuse influence de la musique sur les malades; ils prennent tous les jours des leçons, et dans le cours de leurs récréations les convalescents sont chargés d'exciter les autres à chanter. Aussi est-on fort agréablement surpris d'entendre dans la division de M. Leuret, des chants agréables à la place de ces cris qui frappent si péniblement les oreilles d'un visiteur d'asile d'aliénés. A Bicêtre on oublie facilement qu'on est avec des fous, et, suivant les heures où l'on arrive, on croit se trouver dans un grand chantier de travaux, dans une école régimentaire, ou assister aux exercices de cours de chants spécialement destinés à des ouvriers.

Ces détails suffiront sans doute pour fixer les lecteurs de l'*Esculape* sur le but que M. Leuret s'est proposé en imposant l'étude et la pratique de la musique à ses malades.

Mais comme la musique par elle-même exerce des effets incontestables sur l'homme, qu'elle agit sur lui en sens divers, suivant les paroles ou le rhythme du morceau qu'il chante ou qu'il entend chanter, M. Leuret a dû s'occuper attentivement du soin de faire servir la poésie et l'harmonie des chants exécutés dans son école à la guérison de ses malades. Cette tâche, de même que la première organisation de son *conservatoire*, lui eussent été bien difficiles sans la généreuse intervention de M. Guerry, homme d'autant de savoir que de dévouement, qui a bien voulu se charger du choix des morceaux et de la première direction de l'école. C'est ainsi que par le concours de ces deux hommes, également dévoués au bien de l'humanité, Bicêtre a été doté d'institutions dont les grandes populations d'aliénés ressentiront les bienfaisants et efficaces effets.

L'Esculape. — Octobre 1840.

Empoisonnement par l'arsenic. — Observations sur le dernier mémoire de M. A. Devergie; par M. Orfila.

M. A. Devergie a publié dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (t. XXIV, p. 156 et suiv.) un mémoire dans lequel il adopte, à peu de chose près, mes travaux recents sur l'empoisonnement par les préparations arsenicales, tout en proposant quelques modifications qu'il croit utiles. Quoique le mémoire de mon confrère ne porte aucune atteinte aux résultats fondamentaux que j'avais annoncés, il est pourtant nécessaire d'examiner

Digitized by Google

Appareil de Marsh. — M. Devergie emploie de préférence un flacon à deux tubulures, parce que, suivant lui, ce flacon a l'avantage de se briser moins souvent que les autres : c'est une erreur. Le flacon à une simple tubulure ne se brise *jamais*, quand on attend, pour enflammer le gaz hydrogène, que l'air atmosphérique soit entièrement dégagé. Depuis un an j'ai fait, avec un appareil de ce genre, plus de mille expériences sans le moindre accident : or, cet appareil est à la portée de tout le monde et peut se monter avec la plus grande facilité : il doit donc être préféré à celui que propose M. Devergie.

Le zinc en petite grenaille vaut mieux, suivant mon confrère, que le zinc laminé, parce que celui-ci est plus difficile à attaquer. Je ne suis pas de cet avis, car le zinc laminé est *instantanément* attaqué par l'acide sulfurique, si l'on commence par l'introduire dans le flacon avec 100 ou 120 grammes d'eau et 15 ou 16 grammes d'acide sulfurique ; une ou deux minutes après, on ajoute 3 ou 400 gramm. d'eau, et l'expérience marche à merveille. Dans plus de six mille essais de ce genre, j'ai constamment employé le zinc laminé, et je ne me suis jamais aperçu de l'inconvénient que signale M. Devergie ; il y a mieux, ce zinc ne m'a jamais fourni d'arsenic, tandis que, deux fois sur quatre, j'en ai trouvé dans du zinc en grenaille.

L'acide chlorhydrique doit être préféré à l'acide sulfurique pour dégager le gaz hydrogène, dit M. Devergie, puisqu'en employant ce dernier, il faut attendre plusieurs minutes avant d'obtenir de l'hydrogène arsenié, ce qui n'a pas lieu si l'on se sert d'acide chlorhydrique. En admettant qu'il en fût constamment ainsi, ce qui n'est pas exact, je ne verrais pas là un motif suffisant pour renoncer à l'emploi de l'acide sulfurique qui présente, entre autres avantages, sur l'acide chlorhydrique, celui d'agir pendant un temps beaucoup plus long, et de ne pas obliger l'opérateur à introduire souvent dans l'appareil, de nouvelles doses d'acide.

Taches arsenicales. — J'ajouterai aux caractères que j'ai donnés de ces taches, les suivants : elles ne se vaporisent pas sensiblement à froid, en sorte qu'on les trouve encore sur les assiettes de porcelaine au bout de plusieurs années, pour peu qu'elles soient intenses ; elles n'attirent pas l'humidité de l'air et ne rougissent pas le papier de tournesol. En réunissant ces caractères à ceux qui se tirent de l'aspect de ces taches, de leur prompte volatilisation sous la flamme de l'hydrogène et de leur solubilité dans l'acide azotique, on peut conclure qu'elles sont arsenicales, alors même qu'à raison de leur petit nombre et de leur ténuité, on n'aurait pas pu constater la coloration rose ou rouge brique que fait naître l'azotate d'argent. Il vaut sans doute mieux joindre ce caractère aux autres ; mais, je le répète, il n'est pas indispensable pour quiconque est habitué à voir les taches dont il s'agit.

Taches de *phosphore*, de *soufre*, d'*iode*, de *brôme*, de *sélénium* et de *tellure*. Il est impossible de confondre ces taches avec celles que donne l'arsenic. Les taches de *phosphore* peuvent se produire, soit en mettant ce corps pulvérisé dans un appareil de Marsh en activité et en enflammant le gaz hydrogène soit en brûlant du gaz hydrogène phosphoré ; dans le premier cas, la tache est formée par du phosphore qui a été entraîné, tandis que, dans le second cas, elle est composée de phosphore et d'oxide rouge. Si la *tache* ne contient que du phosphore, elle est jaune *orangée* quand elle est intense, et d'un jaune serin tirant un peu sur l'orangé si elle est mince ; elle est *brillante*, *volatile* sous la flamme du gaz hydrogène, et soluble dans l'acide *azotique à froid*. Si la *tache* provient de la combustion du gaz hydrogène phosphoré, elle est brillante et d'une belle nuance *orangée*, elle est même *rouge* quand elle est épaisse ; son brillant la fait ressembler au clinquant ; elle se volatilise par la chaleur et se dissout dans l'acide azotique à froid.

A ces caractères déjà suffisants pour distinguer les taches de phosphore des taches arsenicales et antimoniales, lorsqu'on est habitué à ces sortes de recherches, je puis en joindre d'autres : 1° la tache de phosphore renferme *constamment* de l'acide *phosphorique* ; aussi attire-t-elle toujours l'*humidité de l'air*, et rougit-elle un papier de tournesol avec lequel on la presse ; 2° la flamme du gaz hydrogène qui la dépose est verte, si la capsule est placée dans la flamme de réduction, tandis que cette flamme est jaune et semblable à celle du gaz hydrogène, quand la porcelaine occupe tout autre point que celui où se trouve la flamme de réduction. J'ajouterai encore une considération fort importante dans l'espèce, c'est que *jamais* l'expert ne se trouvera dans le cas de confondre les taches de phosphore avec les taches arsenicales, si, comme nous le prescrivons positivement, les matières suspectes ne sont introduites dans l'appareil de Marsh qu'après avoir été incinérées par le nitrate de potasse, ou, ce qui vaut mieux, carbonisées par l'acide azotique concentré. En effet, alors le phosphore qui pourrait exister dans ces matières suspectes, aurait *nécessairement été transformé* par le nitre ou par l'acide azotique *en acide phosphorique*, et celui-ci n'est point décomposé par l'hydrogène qui se dégage dans l'appareil de Marsh, et ne *fournit, par conséquent*, jamais *des taches phosphoriques*.

Les taches de *soufre*, obtenues en enflammant le gaz acide sulfhydrique, sont jaunes, *opaques*, volatiles et *insolubles* dans l'acide nitrique à froid. Celles que l'on recueille sur la capsule de porcelaine, en décomposant une préparation oxygénée d'*iode* dans l'appareil de Marsh, sont jaunes, quelquefois légèrement brillantes, et instantanément solubles dans l'acide nitrique froid ; mais elles ont l'odeur d'iode, et sont tellement volatiles qu'elles disparaissent presque au moment même où elles se sont produites ; elles colorent, en outre, en bleu de l'amidon préalablement placé sur la capsule. Les taches dont il s'agit sont évidemment formées par de l'iode qui a été entraîné par le gaz hydrogène, puisqu'on les obtient plus facilement sur la porcelaine *avant d'avoir enflammé ce gaz*, et que d'ailleurs presque tout l'iode contenu dans le composé oxygéné, se précipite dans le flacon. Les taches de *brôme* sont jaunes et plus volatiles encore que les précédentes ; aussi ne parvient-on à les fixer sur la capsule, qu'autant qu'on agit à froid et sans enflammer le gaz ; on les obtient en versant quelques gouttes de brôme dans un appareil de Marsh, en activité. Les acides *sélé-*

Digitized by Google

dont je me suis assuré en analysant comparativement des terrains de cimetière *arsenicaux* et des terres de jardin *non arsenicales ;* la dose de l'acide, pour chaque expérience, était de 2 ou 3 kilogrammes ; *l'acide était pris dans le même bocal,* et pourtant le terrain arsenical fournissait de l'arsenic et *l'autre n'en donnait pas.* Je demande maintenant si un pareil acide, mis à la dose de 15 ou 16 grammes dans un appareil de Marsh, comme cela se pratique lorsqu'on a carbonisé une matière animale empoisonnée par l'acide arsénieux, peut donner de l'arsenic et introduire l'expert en erreur !!!

Chaudières en fonte.—J'avais dit, *non pas que la fonte ne contient jamais d'arsenic,* mais bien qu'il résultait de mes expériences qu'on n'aura jamais à craindre que les chaudières en fonte neuves cèdent une partie de l'arsenic qu'*elles pourraient contenir* aux décoctions des matières animales que l'on préparerait avec elles. En m'exprimant ainsi, je suis loin de dire que la fonte ne contient jamais d'arsenic; je veux établir seulement qu'alors même qu'une chaudière neuve en renfermerait, l'eau bouillante n'en dissoudrait pas un atome, et à cet égard qu'il me soit permis de rappeler à M. Devergie qu'il sait très-bien que le *décoctum* des membres d'un cadavre *normal,* préparé au laboratoire de la Faculté, lors de l'affaire de Dijon, dans une chaudière de fonte, n'était pas arsenical comme il le dit dans son mémoire ; et que si nous obtînmes de l'arsenic à la fin de l'expérience, c'est que nous nous étions servis pour faire celle-ci d'acide *sulfurique arsenical.* L'arsenic ne venait donc pas de la chaudière. Au reste, j'ai renoncé à l'emploi de ces chaudières, parce que je ne conseille plus de faire bouillir les membres des cadavres que lorsqu'on ne peut pas agir sur les viscères.

Troisième objection.—L'arsenic peut provenir des terrains de cimetière ou du terrain dans lequel le corps aura été accidentellement inhumé. On trouve dans cette partie du mémoire de M. Devergie quelques réflexions et un petit nombre de faits qui ne s'accordent pas avec les préceptes que j'ai donnés. Mon confrère commence par établir qu'il est préférable d'analyser les terrains avec l'acide chlorhydrique qu'avec l'acide sulfurique, parce que ce dernier employé à la dose de *plusieurs livres*, alors même qu'il ne contiendrait que des atomes d'une préparation arsenicale, fournira tout son arsenic, et l'on pourra croire à tort que le métal recueilli provient du terrain, tandis qu'il existait dans l'acide. M. Devergie se trompe encore une fois lorsqu'il prétend que l'on ne peut pas priver l'acide sulfurique de l'arsenic qu'il renferme ; qu'il se rappelle les expériences faites à l'occasion du terrain du cimetière de Villey-sur-Tisle; il sait que deux fois nous cherchâmes en vain l'arsenic dans deux portions de ce terrain : or nous agissions chaque fois sur sept livres de terre que nous avions décomposée par *plusieurs livres d'acide sulfurique.* Cette expérience donnera constamment le même résultat, tant qu'on analysera un terrain non arsenical, par de l'acide sulfurique purifié.

J'ai avancé que les dissolutions arsenicales ne pénètrent pas promptement et profondément dans la terre. M. Devergie conteste cette assertion. Si les vases avec lesquels vous avez opéré, dit-il, eussent eu une tubulure inférieure qui eût permis l'écoulement du liquide, celui-ci eût traversé toute la terre. J'avoue qu'il m'est difficile de comprendre une pareille objection. Comment, lorsque la dissolution arsenicale n'est pas arrivée jusqu'au fond du bocal et cela est incontesté, parce qu'elle était peu abondante et qu'elle avait été retenue par les couches moyenne et supérieure, vous voulez que la terre de la couche inférieure, *qui était sèche*, eût laissé passer une dissolution qu'elle ne contenait pas, par cela seul qu'il y aurait eu dans son voisinage une tubulure? Si vous aviez dit qu'en employant de plus grandes quantités de dissolution arsenicale, les couches inférieures se seraient humectées, j'aurais été d'accord avec vous; je n'ai jamais prétendu qu'il n'en fût pas ainsi, car je me suis borné à dire *que les liquides arsenicaux ne traversent la terre que lentement.* Il en est évidemment de ces liquides comme de la pluie ; voyez si celle-ci arrive promptement à la profondeur de 18 à 20 centimètres.

M. Devergie trouve extraordinaire que l'arsénite d'ammoniaque soit rapidement décomposé par le sulfate de chaux, tandis que cela n'a pas lieu avec le carbonate de la même base. Je réponds que rien n'est plus concevable en chimie que la possibilité de décomposer à froid l'arsénite d'ammoniaque par du sulfate de chaux, sel légèrement soluble dans lequel existe un acide fort, tandis que la décomposition ne s'opère pas à froid par le moyen du carbonate de chaux qui est insoluble et dont l'acide est excessivement faible.

J'avais établi que les préparations arsenicales solubles ne *pénètrent pas facilement* dans l'intérieur des organes qu'elles entourent de toutes parts, alors même qu'elles existent dans le terrain en assez forte proportion, etc., et M. Devergie s'exprime ainsi : « D'où il faudrait tirer cette conséquence, qu'une » terre qui contiendrait une préparation arsenicale » soluble ne *saurait la céder à un corps qui s'y* » *trouverait inhumé.* » J'en demande pardon à mon confrère, la conséquence ne serait pas logique, et je me suis bien gardé de la tirer ; j'ai dit « que » les préparations arsenicales ne pénètrent pas *faci-* » *lement* dans l'intérieur des organes qu'elles en- » tourent de toutes parts, etc. » Il y a une immense différence entre *ne pas pénétrer facilement et ne pouvoir pas pénétrer du tout.* Ainsi j'admets qu'en variant les expériences, M. Devergie ait vu depuis, l'arsenic arriver jusqu'à l'intérieur d'un foie qui était resté pendant *vingt jours au milieu* d'une dissolution arsenicale, et que, dans un autre cas, il ait obtenu ce métal des couches supérieure et inférieure d'un foie placé dans un seau étroit qui contenait quinze livres de terre, que l'on avait arrosée pendant *sept jours* avec deux *litres* d'eau tenant douze grains d'acide arsénieux en dissolution. Ces résultats, loin de m'étonner, se concilient parfaitement avec ceux de mon expérience et avec la raison. Quoi de plus naturel, lorsqu'on connaît les effets de l'imbibition cadavérique, que d'admettre la pénétration d'un liquide dans un organe, quand ce liquide *entoure constamment* cet organe, ou qu'il est assez abondant pour que la terre soit mouil-

4° Que la suspension ôtée, on ne pouvait se rendre compte de la mort.

M. Orfila, appelé à donner son opinion, pensa que l'asphyxie était la cause de la mort; qu'à la rigueur, on pouvait admettre que la suspension avait eu lieu pendant la vie, et était le résultat d'un suicide; mais que cela était tout à fait en contradiction avec la luxation de la deuxième vertèbre sur la première, puisque toutes les circonstances éloignaient l'idée d'une résistance faite par la victime.

Dauzat fils et sa mère étaient accusés de la mort de Dauzat père, et furent condamnés à la peine capitale. Après la lecture de leur condamnation, ils firent l'aveu de leur crime : ils avaient étouffé le vieux Dauzat avec son bonnet, lui avaient à diverses reprises tourné violemment la tête sur le tronc, et pendant la lutte horrible du père contre son épouse et son fils, ce dernier avait foulé le ventre avec le genou et pressé les parties génitales.

Mon dessein, dans le mémoire présent, est de m'appesantir sur la valeur des luxations de la deuxième vertèbre sur la seconde et sur les autres désordres de la colonne vertébrale. Je passerai rapidement sur les signes tirés 1° de l'état de la face : 2° de la langue; 3° de l'écume sanguinolente trouvée dans la bouche; 4° de la rupture ou non des tuniques interne et moyenne de l'artère; 5° des désordres produits par la corde; 6° du sperme trouvé dans l'urètre; 7° de la congestion des organes génitaux, et de l'érection. Quant à ces deux derniers signes je dirai qu'ils peuvent exister aussi bien quand la suspension a eu lieu après la mort, si elle a été longue, et qu'ils peuvent manquer quand la suspension a eu lieu pendant la vie, si la durée de la suspension est courte.

Deux observations de suicide par suspension, rapportées par L. Ollivier (d'Angers), prouvent ce dernier fait. Dans les deux cas, la suspension n'avait duré que quelques instants, et il n'y avait aucune trace d'injection, de congestion, ni dans le scrotum, ni dans le pénis, qui était remarquablement flasque, et dont les corps caverneux étaient très-pâles. Dans ces deux cas, la corde avait été passée au-dessus du cartilage thyroïde, et la fermeture de l'ouverture laryngée avait amené une asphyxie très-prompte.

1° *Peut-on luxer l'atlas sur l'axis sur les cadavres ?*

J'ai fait, à ce sujet, sur des cadavres, des expériences qui peuvent se rapporter à deux chefs.

Première série d'expériences sur quatorze cadavres. — Les cadavres étaient pendus, la corde passée sous le menton, le tronc très-près du sol, et les jambes allongées reposant sur le sol. On imprimait brusquement de violentes secousses de haut en bas, des mouvements très-puissants de flexion et de rotation à la tête sur le tronc. Une fois l'apophyse odontoïde a été fracturée près la base, sans déplacement, à cause de l'intégrité des ligaments. Une fois l'axis a été fracturé horizontalement dans son corps, sans déplacement. Sur les douze autres, aucun désordre n'est résulté des mêmes manœuvres. Les cadavres à la fracture de l'odontoïde et de l'axis appartenaient, le premier, à une femme grêle et maigre, âgée de 58 ans, et le second, à un vieillard de 75 ans.

Deuxième série d'expériences sur six cadavres. — Ceux-ci étaient pendus, les pieds étant à un mètre du sol. Un ou plusieurs hommes robustes se précipitaient sur les épaules, et imprimaient divers mouvements au tronc sur la tête, ou à la tête sur le tronc.

Une dissection attentive prouve qu'aucun désordre n'est résulté de ces manœuvres.

L'observation de Dauzat semble contraire à ces expériences; mais il faut remarquer que les experts ont décrit une luxation sans déchirure de ligament, sans désordres des parties molles, et telle cependant que le doigt pouvait être introduit entre les apophyses articulaires. Comment admettre une luxation sans déchirure de ligament et avec la possibilité d'interposer le doigt entre les surfaces articulaires? D'un autre côté, comment expliquer les fractures observées dans mes expériences. Il suffit pour cela de se rappeler l'âge et la condition des cadavres, et, à cette circonstance physiologique, que l'étendue possible des mouvements est fort grande dans le sens des surfaces articulaires. Pendant la vie, les luxations doivent être moins faciles; car la contraction musculaire oppose une grande résistance aux mouvements communiqués.

2° *Peut-on, par les expériences précédentes, produire des luxations ou fractures sur les autres points de la colonne vertébrale ?*

Pour la première série d'expériences, on produisit deux fois la rupture des ligaments jaunes, et, dans l'un d'eux, circonstance remarquable, il y avait un épanchement de sang autour de la rupture. Malle, dans ses expériences, a pu assez écarter les apophyses épineuses de la région dorsale pour placer le doigt entre elles; une fois un corps de vertèbre était fracturé; deux fois, il y eut luxation des apophyses articulaires, des vertèbres dorsales d'un côté, six fois des désordres dans le corps des vertèbres dorsales et dans leurs articulations.

Dans la deuxième série d'expériences, il n'y eut aucun désordre.

Ces grands désordres, d'ailleurs si variés dans la région dorsale, s'expliquent par le peu de mouvements dont jouissent ces vertèbres.

3° *La luxation de l'atlas sur axis peut-elle se faire sur un homme qu'on pend ?*

Beaucoup d'auteurs l'ont admis, et tout le monde connaît l'opinion et les remarques et l'explication de Louis à cet égard. Nulle part, le célèbre secrétaire de l'Académie de chirurgie n'a dit avoir vérifié ces faits par la dissection, et l'observation de J.-L. Petit sur ce sujet n'est pas non plus accompagnée du résultat de la dissection.

D'un autre côté, Mackensie et Mouro qui, en Angleterre, ont disséqué plus de cinquante pendus, n'ont jamais constaté cette lésion. Il est vrai que le mode de pendaison en Angleterre diffère de celui mis en usage en France du temps de Louis.

4° *La luxation de l'axis sur l'atlas peut-elle s'opérer sur une personne qui se pend ?*

Louis a répondu par la négative à cette assertion. Dans une quantité d'autopsies de suicide par suspension, jamais ce désordre n'a été constaté. Chaus-

Digitized by Google

de la présence de l'arsenic, à cause qu'il est presque impossible d'apprécier le poids des taches. M. Orfila a fait voir combien cette habitude est peu raisonnée. Il résulte d'un nombre infini d'expériences, que l'acide arsénieux donne la mort à la dose *d'un grain et demi à deux grains*. Or cette quantité sera bien minime si l'on veut la concevoir disséminée dans tout le corps. D'ailleurs il s'en perd par les vomissements, la sueur, l'urine surtout qui en entraîne la majeure partie, observation importante, de laquelle ont jailli pour M. Orfila les précieux avantages d'une médication diurétique dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsenieux. Que voulez-vous donc retrouver, en expérimentant sur le foie, le cœur et tout autre organe, sinon des quantités littéralement impondérables, sinon des traces d'arsenic?

Le meilleur moyen à mettre en usage pour déceler l'arsenic absorbé, consiste, a ajouté M. Orfila, à introduire dans l'appareil de Marsh les produits de la carbonisation des matières organiques par l'azotate de potasse. Mais on ne se servira de l'azotate de potasse que lorsque le premier procédé sera insuffisant, c'est-à-dire lorsqu'on agira sur des cadavres dont l'inhumation ne sera pas recente, parce qu'alors les organes étant en partie saponifiés ne donnent par l'acide azotique qu'un charbon d'une texture molle et comme résineuse. Alors seulement on doit recourir à l'azotate de potasse, dont l'emploi, toutes choses égales d'ailleurs est moins avantageux, l'incandescence qui se produit pendant l'opération, déterminant la volatilisation et par cela même la perte de l'arsenic qu'on recherche, sinon en totalité, du moins en grande partie.

Mentionnons ici une expérience faite par M. Orfila, qui a pu démontrer en même temps que la pureté de l'acide sulfurique, celle de l'azotate de potasse. Il a pris deux capsules parfaitement nettoyées, et dans chacune d'elles il a mis une livre d'azotate de potasse du commerce et 14 onces d'acide sulfurique. Il a ensuite chauffé, et bientôt l'acide nitrique ayant été chassé par l'acide sulfurique, il est reste dans les deux capsules du bi-sulfate de potasse. L'un de ces bi-sulfates n'a donné dans l'appareil de Marsh *aucune tache arsenicale*, et l'autre auquel on avait mêlé *un centigramme seulement d'acide arsenieux, a donné immédiatement des taches très-prononcées*.

1re EXPÉRIENCE. — Nous arrivons enfin à un fait capital. Un chien a été pris à l'état normal; ce chien a été pendu et ses organes (cœur, foie, poumons, rate et reins) enlevés, desséchés autant que possible, ont été carbonisés par l'acide azotique. Le charbon obtenu a été traité par de l'eau bouillante et le décoctum soumis à l'action de l'appareil de Marsh. *Aucune tache n'a été produite. D'où il suit, que les organes à l'état normal, carbonisés par l'acide azotique, ne donnent aucune tache arsenicale.*

D'un autre côté, on a pris un autre chien; son œsophage a été lié, ouvert avec des ciseaux, et à l'aide d'un entonnoir, injecté de 12 gr. d'acide arsénieux en solution dans l'eau. On a fait ensuite une seconde ligature au-dessous de l'ouverture pratiquée sur l'œsophage et on a lié la verge pour recueillir l'urine, *le quart du foie* de ce chien, carbonisé par l'acide azotique, a donné *immédiatement de nombreuses taches arsenicales*.

2e EXPÉRIENCE. — L'urine du chien normal n'*a donné aucune tache d'arsenic*, après avoir été carbonisée par l'acide azotique. *D'où il suit que l'urine à l'état normal, carbonisée par l'acide azotique, ne donne aucune tache arsenicale.*

L'urine du chien empoisonné a donné *immédiatement des taches arsenicales très-abondantes*.

3e EXPÉRIENCE. — Un foie d'homme adulte à l'état normal a été desséché et décomposé par le nitrate de potasse. Le résidu traité par l'acide sulfurique et introduit dans l'appareil de Marsh n'*a donné aucune tache arsenicale. D'où il suit que le foie normal, décomposé par l'azotate de potasse, ne donne aucune tache arsenicale.*

Le décoctum du foie d'un chien empoisonné, traité par l'azotate de potasse et l'acide sulfurique ainsi que le précédent, *a donné de nombreuses taches arsenicales*. Il est à remarquer que loin d'agir sur la substance même, on n'a agi ici que sur le produit d'une ébullition qui a duré deux heures.

4e EXPÉRIENCE. — Douze livres de chair musculaire d'un cadavre normal ont été soumises à l'ébullition pendant cinq heures, avec de l'eau et une once de potasse à l'alcool. Le liquide a été exprimé à travers un linge, évaporé à siccité et carbonisé par l'acide azotique. On a fait bouillir dans l'eau pendant une demi-heure le charbon obtenu et la liqueur soumise ensuite à l'appareil de Marsh a donné des *taches blanches opaques, volatiles, insolubles à froid dans l'acide nitrique, solubles dans l'acide nitrique bouillant et ne se colorant pas en rouge brique par le nitrate d'argent non acide, après qu'on a évaporé à siccité le produit de leur dissolution dans l'acide azotique bouillant.* M. Orfila pense que ces taches sont formées *de très-peu d'arsenic et d'une grande quantité de matières organiques*.

La chair musculaire du bras de Soufflard a donné de *nombreuses taches arsenicales*.

Il est du reste fort inutile dans une expérience de chimie légale de s'attaquer à la chair musculaire, puisqu'on peut en toute confiance s'adresser au foie ou au cœur qui à l'état normal ne donnent pas de taches. Quant à l'objection qu'on pourrait faire, que dans quelques années, on trouvera peut-être un procédé qui permettra de démontrer la présence de l'arsenic dans le foie normal, il est aisé d'y répondre. A quoi servirait ce procédé, lorsqu'à l'aide de celui que nous employons tous les jours, nous pouvons, à la suite d'expériences comparatives, arriver sans effort à la découverte de la vérité? Ce procédé serait certainement curieux et intéressant pour la science, mais il serait très-funeste dans ses applications à la chimie légale dont il entraverait singulièrement la marche.

Nous nous occuperons dans un prochain article des empoisonnements par l'émétique et les préparations antimoniales, après avoir toutefois rendu compte de ce qui reste à dire à M. Orfila sur l'acide

Digitized by Google

gleterre la mortalité était chez elle inférieure à celle de l'homme. Et M. de Fetigny a également prouvé que la femme a un grand avantage sur l'homme, non-seulement pour la vie probable après 40 ans, mais encore pour la vie moyenne ou la durée absolue.

Devons-nous, au reste, être surpris que la loi de mortalité sévisse avec plus de rigueur sur l'homme que sur la femme, quand nous savons que c'est lui qui est chargé des travaux les plus rudes, et qui s'abandonne plus facilement aux excès de tout genre? Aussi Hésiode avait-il remarqué que l'homme est l'abeille ouvrière et que la femme est le frêlon qui dévore le miel que le premier a recueilli.

De plus, de toutes les conditions, n'est-ce pas celle de l'ouvrier qui doit offrir le plus de chances de mortalité. Sans parler, en effet, de tous les dangers auxquels l'expose à chaque instant sa profession, il est généralement mal nourri, mal logé, mal vêtu. Obligé de travailler continuellement pour vivre, il ne peut se donner ni les jouissances du riche, ni le calme laborieux du vigneron ou du laboureur. Aussi, cette matérialisation sans contrepoids, cet abus des forces physiques, et cet oubli des facultés morales qui émanent du génie même de l'époque actuelle, transforment pour ainsi dire l'ouvrier en une espèce de rouage occupé à créer aveuglément des richesses dont lui seul ne peut jouir. Les enfants, tout jeunes encore, sont exposés à un travail prématuré pour suppléer aux dépenses que nécessitent trop souvent l'inconduite et le désordre des parents.

De là il doit nécessairement résulter, comme l'ont démontré d'ailleurs les recherches de M. Ch. Dupin, que sous le rapport de la force, de la constitution, du développement physique, les populations industrielles offrent une différence affligeante avec celles des populations agricoles. Dans le tableau comparatif qu'il a pris soin de dresser entre dix départements agricoles et dix manufacturiers, les premiers ne présentent, dans les conseils de révision, que 4,029 infirmes ou difformes, tandis que les derniers en offrent 9,930.

Comparez les habitants de Lausanne et de Neuchatel avec les mineurs de Cornouailles et du pays de Galles, avec les ouvriers de Liverpool, de Manchester, de Londres, etc. L'heureux habitant de la Suisse qui trouve le temps de se reposer, de lire, d'apprendre, de connaître, d'aimer, n'a rien de cette ardeur rénovatrice qui anime l'ouvrier d'outre-mer.

C'est que chez le premier, on trouve travail et repos, devoirs et plaisir, discipline et dignité; c'est que la pensée religieuse est profondément empreinte au fond de cette existence tout à la fois poétique et utile, tandis que le second n'a ni le sentiment du devoir, ni peut-être même celui d'une autre vie.

Aussi cette existence toute physique, sans repos, sans espoir, ne vaut-elle pas pour lui la peine d'être conservée. De là ces révoltes qu'engendre le terrible ferment de la misère et de la maladie.

C'est donc une pensée pleine de grandeur et d'utilité que celle qui a présidé à cette institution dont le but est de réunir un grand nombre d'ouvriers afin qu'ils puissent s'assister les uns les autres en se prêtant des secours mutuels. Elle est pleine de grandeur, puisqu'elle tend au perfectionnement moral et au bonheur de l'homme; elle est pleine d'utilité, médicalement parlant, par les documents scientifiques que cette institution peut fournir à l'hygiène et à la thérapeutique.

Et, en effet, que de questions incomplètes ne nous sera-t-il pas permis d'éclaircir, en répétant des recherches statistiques qui jusqu'ici ne paraissent pas assez rigoureuses ou qui laissent quelques doutes dans l'esprit d'un assez grand nombre de médecins! En explorant, par exemple, les causes de la détérioration de l'espèce humaine, et de cette dégénération affligeante des classes laborieuses dans nos grandes villes, nous verrons si nous devons les rapporter uniquement à la disette et à la misère, comme tendent à le démontrer les recherches du docteur Villermé, et si on ne doit pas tenir compte d'autres circonstances qui ne paraissent pas moins importantes.

En multipliant les expériences de Fodéré, nous serons à même de nous assurer s'il est vrai que l'existence des ouvriers dans les villes est moins favorable à la longévité que dans les campagnes; et jusqu'à quel point la vie de communauté est préférable à la vie isolée; or c'est ici surtout qu'il nous sera facile d'étudier l'influence exercée par l'usage journalier de l'air, des aliments, de la veille, du sommeil et des travaux.

L'étude des diverses professions, sous le rapport de la santé, pourra nous fournir des documents précieux, en les considérant relativement aux lieux où on les exerce, aux gaz qui sont respirés et aux différentes attitudes qui peuvent altérer le développement de quelques-unes des parties du corps.

Les diverses préparations de cuivre, de plomb, de mercure donnent lieu à de phénomènes intéressants et qu'il convient d'étudier sur une large échelle. Que d'inductions utiles ne peut-il pas en résulter pour la thérapeutique! S'il est certain, comme l'a prétendu Ramazzini, que les ouvriers qui travaillent au cuivre n'ont jamais mal aux yeux, nous serons dès lors conduits à essayer le sulfate de cuivre dans les ophthalmies. Et déjà des praticiens distingués en ont vanté les excellents effets.

L'hérédité des maladies, la production des tubercules pulmonaires intéressent au plus haut degré la société tout entière. Que de faits n'aurons-nous pas à notre disposition pour résoudre ces différentes questions! Déjà le docteur Lombard, de Genève, a recueilli un assez grand nombre d'observations qui tendent à prouver combien la phthisie, si fréquente parmi les ouvriers soumis à l'influence des substances pulvérulentes, est rare parmi les bouchers, et combien est éloigné de la saine expérience le préjugé qui attribue à cette dernière classe d'hommes un caractère sanguinaire, uniquement peut-être parce qu'ils sont continuellement en présence de tableaux de destruction, et parce qu'il semble sans doute que tout doit concourir à leur endurcir le cœur et à glacer en eux presque toutes les émotions de la pitié. Enfin nous noterons avec soin ce qu'il y a de réel ou d'exagéré dans cette opinion qui attribue des effets si pernicieux aux établissements d'où se dégagent des odeurs désagréables, ce qui donne lieu à de si nombreuses réclamations et à tant d'enquê-

Digitized by Google

Ordonnance sur l'organisation des Ecoles de pharmacie.

Voici le texte des principaux articles de l'ordonnance royale du 29 septembre, qui relève cette branche de l'enseignement jusqu'ici trop laissée dans l'ombre :

TITRE PREMIER. — *Organisation des Ecoles de pharmacie.*

Art. 1er. Les Ecoles de pharmacie établies par la loi du 11 avril 1803, feront à l'avenir partie de l'Université, et seront soumises au régime du corps enseignant.

(Cette mesure a été proposée par les différentes commissions chargées de l'examen des questions médicales, et sollicitée par les Ecoles de pharmacie elles-mêmes. Partout où il y a des cours réguliers pour des élèves prenant des inscriptions et subissant des examens, les règles universitaires doivent être appliquées, un régime universitaire doit être établi. *Extrait du rapport au roi.*)

Leurs recettes et leurs dépenses seront portées au budget de l'Etat.

Art. 2. L'Ecole de pharmacie de Paris sera composée de cinq professeurs titulaires et de trois professeurs adjoints.

Les autres Ecoles auront trois professeurs titulaires et deux professeurs adjoints.

Art. 3. Il y aura de plus dans chaque école des agrégés nommés pour cinq ans, lesquels remplaceront les professeurs en cas d'empêchement, participeront aux examens, et pourront être autorisés à ouvrir des cours complémentaires, conformément à ce qui a été établi par nos ordonnances des 22, 24 et 28 mars, et 10 avril 1840.

Il y aura pour l'Ecole de Paris cinq agrégés, trois pour les Ecoles de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 4. Les professeurs titulaires et adjoints seront nommés par notre ministre de l'instruction publique, d'après une double liste de présentations, faites, l'une par l'Ecole de pharmacie, l'autre par la Faculté de médecine établie dans la même ville.

Chaque liste de présentation contiendra les noms de deux candidats.

Les mêmes candidats pourront être présentés par l'Ecole de pharmacie et par la Faculté de médecine.

(Il a semblé convenable de rattacher les Ecoles de pharmacie à l'Université par un nouveau lien, et de demander aux Facultés de médecine, qui ont avec elles des relations médiates et nécessaires; la deuxième liste de présentations. *Extrait du rapport au roi.*)

Art. 5. Nul ne pourra être nommé professeur titulaire s'il n'est docteur ès sciences physiques et âgé de 30 ans.

Les professeurs adjoints devront être licenciés ès-sciences physiques et âgés de 25 ans.

Les uns et les autres devront avoir été reçus pharmaciens dans une Ecole de pharmacie.

Art. 6. Les agrégés seront nommés au concours d'après un règlement qui sera ultérieurement arrêté en conseil royal de l'instruction publique.

Il suffira, pour être admis au concours, de produire le diplôme de pharmacien, ainsi que le diplôme de bachelier ès-sciences physiques.

Art. 7. Le directeur de l'Ecole sera choisi par notre ministre de l'instruction publique, parmi les professeurs titulaires.

Il conservera ses fonctions pendant cinq années et pourra être nommé de nouveau.

Art. 8. Il y aura dans chaque Ecole un secrétaire, agent comptable, qui pourra être choisi par notre ministre de l'instruction publique parmi les professeurs titulaires ou adjoints.

Il y aura de plus un ou plusieurs préparateurs, qui devront justifier de grade de bachelier ès-sciences physiques.

Les préparateurs seront nommés par le directeur et d'après l'avis des professeurs.

Le directeur nommera les employés et gens de service.

TITRE II. — *Enseignement.*

Art. 9. On enseignera dans chaque Ecole :

Première année.—La physique et la chimie, l'histoire naturelle médicale.

Deuxième année. — L'histoire naturelle médicale, la matière médicale, la pharmacie proprement dite.

Troisième année. — La toxicologie; et, sous le titre d'*Ecole pratique*, les manipulations chimiques et pharmaceutiques.

Art. 11. Les cours s'ouvriront chaque année au mois de novembre, et seront terminés à la fin de juillet.

Chaque professeur titulaire ou adjoint qui sera nommé à l'avenir, devra faire son cours pendant toute la durée de l'année scolaire.

Art. 12. Le registre des inscriptions pour les élèves sera ouvert, chaque année, dans les quinze premiers jours du mois de novembre.

Art. 13. Nul candidat ne sera admis aux examens pour le titre de pharmacien, s'il ne justifie du grade de bachelier ès-lettres.

Le présent article sera obligatoire à l'égard des aspirants qui postuleront le titre de pharmacien devant les jurys médicaux.

Art. 14. Nulle dispense d'âge pour l'admission aux examens ne pourra plus être accordée aux candidats qui se présenteraient aux épreuves devant une des écoles de pharmacie.

Art. 15. Indépendamment des deux professeurs en médecine qui sont appelés auxdits examens, trois membres de l'école de pharmacie devront y prendre part; savoir : deux professeurs titulaires ou adjoints, et un agrégé.

Art. 16. Les élèves des Ecoles de pharmacie qui auront mérité des prix dans les concours institués par l'arrêté du 13 août 1803, obtiendront des remises de frais.

Le montant desdites remises, sera fixé pour chaque prix par un règlement universitaire. Les noms des

Digitized by Google

ventions viendront en déduction des sommes qui doivent être allouées par les villes.

Le budget annuel de chaque Ecole sera arrêté en conseil royal de l'instruction publique.

Art. 11. Une commission vérifiera chaque année les comptes présentés par le directeur. Cette commission sera composée du maire de la ville, président; d'un membre désigné par le conseil municipal; d'un membre désigné par le conseil général; de deux membres désignés par la commission des hospices.

Art. 12. Les droits d'inscriptions trimestrielles qui doivent être acquittés par chaque élève sont fixés à 35 francs.

Art. 13. Le produit des inscriptions prises dans chaque Ecole sera versé dans la caisse soit de la ville, soit du département, soit des hospices, jusqu'à concurrence des sommes allouées par les conseils municipaux, départementaux ou des hospices, pour l'entretien de l'établissement.

Art. 14. A Dater de la présente année scolaire, les élèves des Ecoles préparatoires, dont l'organisation sera conforme aux règles prescrites par cette ordonnance, pourront faire compter les huit inscriptions prises pendant deux années pour toute leur valeur dans une des Facultés de-médecine.

Art. 15. Les élèves en pharmacie seront admis à faire compter deux ans d'études dans une école préparatoire pour deux ans de stage dans une officine.

IBIDEM.

Digitized by Google

FIN DE LA TABLE.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google